Rok XLIV. Kraków 21 Stycznia 1905. Nr. 3.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła,

napisał

**Prof. Dr. E. Machek.**

Wiosną r. 1902 wykopała ekspedycya francuska, którą kierował J. de Morgan, na wzgórku, na którym stała niegdyś akropolis miasta Suzy, stolicy państwa Elamu, a późniejszej zimowej rezydencyi królów perskich, wielką bryłę dyorytu, pokrytą pismem klinowem. Odgrzebany dokument kamienny, kształtu ściętego stożka, ma 225 ctm. wysokości, u góry 165 ctm., u dołu zaś 190 ctm. objętości. Głęboko w kamień wryte pismo tworzy 49 kolumn, z których pięć uszkodzono. W tym samym roku prof. V. Scheil z Paryża, głośny znawca języków wschodnich, odczytał zapiski i wydał tłómaczenie[1]). Otóż na kamieniu na wieczną rzeczy pamiątkę utrwalić nakazał Hammurabi, król Babilonu, swój kodeks prawny. W jakim to uczynił celu, widocznem jest z ustępu, wyrytego na początku: „Bóstwa Anu i Bal powołały bogobojnego króla do ugruntowania sprawiedliwości w kraju, do poskromienia swawolnych i przewrotnych, aby w przyszłości mocny nie krzywdził słabszego“.

Zbiór praw Hammurabiego obejmuje według dzisiejszych pojęć prawo cywilne i karne. Pomijając wstęp i zakończenie, składa się z pomniejszych ustępów, które H. Müller[2]) liczbami poznaczył tak, że podzielił kodeks niejako na 282 paragrafów.

Pewna liczba paragrafów stanowi co do treści odrębną całość, osobne działy; szereg n. p. paragrafów dotyczy prawa małżeńskiego i rozwodów (§ 137—143); inny dział, prawa spadkowego (§ 162—169); inny mówi o obowiązkach niewolników (§ 278—282). A jest także dział, który dotyczy lekarzy, weterynarzy i postrzygaczy i wspomina o zawodowej ich czynności (§ 215—227). W innych miejscach jest wzmianka o chorobach, o zabiegach operacyjnych, a w trzech paragrafach wspomina kodeks o operacyi ocznej, która musiała być ważną, jeżeli wogóle kodeks o niej wspomina.

Ta ostatnia okoliczność sprawiła, że się zająłem kodeksem Hammurabiego. Jak bowiem z toku rzeczy wyniknie, tylko przy pomocy wiadomości okulistycznych rozstrzygnąć można, o jaką tu chodziło operacyę. Następnie jednakże nie ograniczę się tylko do tego, co przedewszystkiem mnie, jako okulistę, zajmuje, lecz podam także wiadomości o szczegółach, które dotyczą wogóle stanu lekarskiego. Należy to uczynić już z tego powodu, że historya medycyny dotąd prastarego tego dokumentu cywilizacyi babilońskiej, który właśnie co został odkryty, uwzględnić nie mogła.

Zanim jednakże mówić będę o tem, co lekarzy dotyczy, muszę w krótkości wspomnieć o ważności i doniosłości tego odkrycia wogóle.

Chcąc się rozpatrzyć w znaczeniu, jakie mają wiadomości, czerpane z kodeksu Hammurabiego, dla poznania współczesnych stosunków kulturnych, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na poważną liczbę wieków, która dzieli nas od czasów, o jakich to źródło daje świadectwo. Każdy z nas z poszanowaniem dla minionej przeszłości czerpałby wiadomości n. p. ze zbioru praw Kazimierza Wielkiego (1368), od spisania którego dzieli nas przeszło pięć wieków. Decemwirów, którym powierzono zebranie i spisanie obowiązujących współcześnie w Rzymie praw, wybrano w r. 451 przed Chrystusem; jest to data zapoczątkowania prawodawczej pracy, z której wzrosło prawo dwunastu tablic. Ośmset lat przedtem nadał Mojżesz żydom dekalog, który stanowi pierwsze uchwytne początki ustawodawstwa żydowskiego. Prawa Mojżeszowe znamy z ksiąg Pentateuchu, które stanowią jeden z najstarszych i najobszerniejszych dotąd znanych zbiorów prawnych. Otóż, w czasie gdy Mojżesz na Sinai szukał skupienia, aby przynieść narodowi wybranemu „przykazanie Boże“, minęło już lat 1000, odkąd na dyorycie na rozkaz Hammurabiego, który panował około 2250 przed Chrystusem, spisano jego kodeks. Daje on tedy świadectwo o kulturze, od której dzieli nas przeszło 41 wieków, o stosunkach istniejących 1000 lat przed Mojżeszem, a jest obecnie, od czasu odkrycia kamienia z Suzy, najstarszym znanym systematycznym kodeksem prawnym.

Doniosłość tego odkrycia jest dla poznania prawa i cywilizacyi starożytnego Wschodu bardzo wielka. Scheil (j. w.) twierdzi, że przewyższa ono wszystkie dotąd znane źródła, dające świadectwo o kulturze Egiptu, Babilonii i Assyryi.

Co do stylizacyi przypomina każdy ustęp kodeksu nasze paragrafy. Najczęściej rozpoczyna się od słów *summa awilum*, co znaczy, jeżeli mąż, albo mieszkaniec popełni to a to, ma się stać tak a tak. Stylizacya jest ściśle rzeczowa, krótka i zwięzła, możnaby powiedzieć nowożytna. Okoliczność ta jest znamienną dla kodeksu Hammurabiego. Daleko późniejsze przepisy prawne, zebrane w *Deuteronomium*, są

[1]) V. Scheil. Code de Lois (Droit Privé) de Hammurabi roi de Babylone vers l'an 2000 avant Jesus-Christ.

[2]) Dr. David Heinr. Müller. Die Gesetze Hammurabis und ihr Verhältniss zur mosaischen Gesetzgebung sowie zu den XII Tafeln. Wien, 1903.

mniej przejrzyste, a prawo cywilne i karne pomieszane jest z ustępami treści historycznej i teologicznej

Zapoznanie się z treścią przenosi myśl naszą na daleki Wschód, gdzie spotykamy naród rozumny, wysoce kulturny, potrzebujący szerokiej ochrony prawnej. Świat, który poznajemy, jest tak odmienny, jak dalekie czasy, z których kodeks pochodzi. Król i dwór, służba królewska, strzelec i żołnierz zasiedziali na królewszczyźnie, świątynia, starsi gminy, wolni zamożni, wolni w skromnych żyjący warunkach (*muskenu*) i niewolnicy, to czynniki życia publicznego. Wnikamy w najściślejsze stosunki wewnętrznego życia rodzinnego. Bezdzietna małżonka wybiera nałożnicę dla męża, aby ród nie wygasł, a prawo zastrzega jej pierwszeństwo w domu i jego rządy. Świat niewolników staje żywo przed oczami; prawo nagradza wierną ich służbę i zabezpiecza im spokojny chleb na starość, nakazując: „nie wypędzisz go z domu, w którym służył“.

Cywilne prawodawstwo olśniewa wprost roztropnością i sprawiedliwością, a często przewidującą przezornością. Dla przykładu przytaczam kilka paragrafów, które dają świadectwo o rozumie prawodawców, a równocześnie odsłonią ten pełen uroku świat Wschodu. Dosłowne tłómaczenie daje obraz stylizacyi oryginału. I tak § 161 opiewa: „Jeżeli mężczyzna przyniósł do domu swojego (przyszłego) teścia dary i cenę kupna (za córkę) złożył a przyjaciel go oczerni, teść zaś do zięcia rzecze: — „Mojej córki ci nie dam“, — odda (teść) wszystko, co otrzymał w dwójnasób (niedoszłemu) zięciowi. Żona tegoż nie wyjdzie za przyjaciela“.

Pierwszy ustęp tego paragrafu wprowadza nas w prastare stosunki Wschodu. Młody człowiek, przyniósłszy dary i złożywszy cenę kupna ojcu, który miał dziewczę na wydaniu, otrzymywał przyrzeczenie rodzica i uważany był za zięcia. Wobec tego prawodawca mówi o mężu i żonie, chociaż małżeństwo jeszcze do skutku nie przyszło. Tymczasem przyszłego męża oczernia przyjaciel, a teść postanawia zerwać małżeństwo. Prawo tego nie zabrania, lecz nakazuje, aby teść zwrócił w dwójnasób to, co wziął za córkę. Postanowienie takie musiało zachęcać ojców, mających córki na wydaniu, do należytego rozważenia, komu dać dziecko, zanim wyrzekną ostatnie słowo. A jak rozumny jest drugi ustęp: „za przyjaciela nie wyjdzie“, stawiając tamę wszelkim intrygom, mającym na celu zrywanie małżeństwa dla osobistych widoków.

§ 117. „Jeżeli męża chwycił dług, a tenże swoją żonę, syna lub córkę za pieniądze sprzedał albo w zastaw dał, pracują oni przez 3 lata w domu kupca, albo u tego, który ich wziął w zastaw, — w czwartym roku są wolni“.

§. 119. „Jeżeli męża chwycił dług, a tenże sprzedał za srebro niewolnicę, z którą miał dzieci, otrzyma ją właściciel napowrót, skoro kupcowi odważy taką ilość srebra, jaką wziął“.

Otóż człowiek, którego kiedyś „chwycił dług“, mógł się z czasem może przy pomocy dzieci czegoś dorobić. Aby matka jego potomstwa nie żyła w niewoli, zastrzega prawo możność wykupienia jej bez nadpłaty.

Prawo karne zdaje nam się zbyt surowem. Prawdopodobnie jednakże surowość kar jest dla owych czasów konieczną potrzebą obrony społeczeństwa. Należy nadto uwzględnić, że prawodawstwo pomojżeszowe, z górą 1000 lat późniejsze, a przyznać potrzeba, także postępowsze, mimo to niewzruszenie stoi na zasadzie: „życie za życie, oko za oko, ząb za ząb“.

Znaczenie stosunków zdrowotnych wogóle małe znachodziło w starożytności zrozumienie, a skutkiem tego stan lekarzy podrzędne zajmował stanowisko.

Z tego powodu w nielicznych źródłach historycznych, które się dotąd z tych prastarych czasów przechowały, rzadko kiedy napotykamy wiadomości o lekarzach. Te zaś, które się tamże znachodzą, zawdzięczamy tej okoliczności, że zawód lekarski we wcześniejszej starożytności pozostawał przeważnie w rękach kapłanów. Niespodzianką tedy jest nagromadzenie większej ilości szczegółów, dotyczących lekarzy babilońskich, w kodeksie Hammurabiego, z których możemy w przybliżeniu odtworzyć obraz ich czynności i stwierdzić, jakie było ich stanowisko i znaczenie.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że lekarz był tylko lekarzem. Nie napotykamy w kodeksie wzmianki, któraby się domyślać kazała, że leczeniem trudnili się kapłani, jak w Indyach i Egipcie. Naturalnie, że lekarz żył z zapłaty, którą pobierał od stron za czynność lekarską tak, jak się to dziś dzieje. Dowodzi tego już § 206, który właśnie nawiasem tylko wspomina o lekarzu, a tak opiewa: „Jeżeli mąż drugiego w bójce uderzy i zada mu przytem ranę, złoży przysięgę: — „Nie chcąc go uderzyłem“ — a lekarza także „zapłaci“. Solenna tedy przysięga uwalnia od odpowiedzialności karnej tego, który zadał ranę, lecz nie uwalnia od obowiązku zapłacenia lekarza.

Dział dotyczący wogóle służby lekarskiej w szerszem tego słowa znaczeniu, a więc lekarza, weterynarza i postrzygacza, stanowią § 215 - 227. Wyłącznie lekarzy dotyczą paragrafy 215 — 223, a więc dziewięć paragrafów. Sześć (§ 215—217, 221—223) stanowią niejako taryfę za czynność lekarską, trzy zaś (§ 218, 219, 220) naznaczają kary za błędy, popełnione w wykonywaniu sztuki lekarskiej, należą tedy do prawa karnego. (C. d. n.)

II. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

## Hidroterapia w psychiatryi.

Podał

**Dr. J. Woszczyński,**

sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Najczęściej używanym zabiegiem wodoleczniczym w zakładach dla obłąkanych są mokre zawijania. Sposób zawijania trochę skomplikowany, powinien być jednak wykonanym dokładnie, jeżeli zawijania mają swój cel osiągnąć. Na łóżku żelaznem rozkłada się koc wełniany długi i szeroki tak, aby nakrywał poduszkę, a drugim końcem spadał ponad poręcz łóżka. Na ten koc rozkłada się zwykle lniane prześcieradło, zamoczone poprzednio w wodzie studziennej i należycie wyżęte, w ten sposób, żeby u głowy na szerokość dłoni nie dosięgało koca, u dołu równało się z kocem.

Rozebrawszy teraz chorego i obmywszy mu twarz zimną wodą, kładziemy go na wznak na mokrem przeście-

radle, ręce układamy wzdłuż ciała po obu bokach, poczem szybko zawijamy prześcieradło około ciała tak, aby gładko przylegało; bok prześcieradła układamy między ręce a klatkę piersiową, tudzież między nogi, górny koniec powinien szczelnie przylegać do szyi, dolnym obwijamy nogi. Teraz dopiero nawijamy na chorego koc tak, aby dokładnie wszędzie przylegał, zwłaszcza na szyi, dolny koniec naciągamy i nakładamy na nogi. Aby zapobiedz rozwinięciu się chorego, przymocowujemy go zapomocą prześcieradeł, złożonych wzdłuż przekątni, do boków łóżka, jednem przez piersi, drugiem przez brzuch, trzeciem przez kolana. W końcu na głowę chorego kładziemy zimny okład.

Zawijania uskutecznia się zazwyczaj rano po lekkiem śniadaniu, można je jednak stosować 2—3 dziennie, trzeba jednak pamiętać, aby chorego nie zawijać z pełnym żołądkiem. Przed zawinięciem powinien chory wypróżnić pęcherz. W sali, w której zawijania odbywamy, nie powinno być przeciągu powietrza, ale należy trzymać otwarte okno, aby świeże powietrze mogło napływać; przed rozwinięciem z koców okno powinno być zamknięte.

Zawijania mokre działają jako silny bodziec czuciowy na nerwy. Skoro ciepłota zimnego prześcieradła wyrówna się z ciepłotą ciała, przestaje ciało tracić ciepło, naczynia obwodowe rozszerzają się, skóra się rozgrzewa, sprawiając parowanie z mokrego prześcieradła; ciało otacza się jednostajnem wilgotnem ciepłem, które działa uspokajająco na układ nerwowy a czasem sprowadza sen. Tętno, badane na tętnicy dogłowowej lub skroniowej, z początku przyspieszone, staje się wolniejsze i pełniejsze, oddychanie głębsze. Jednostajne ciepło, poziome ułożenie chorego i spokój mięśniowy wpływają na uspokojenie podnieconego układu nerwowego.

Przez czas trwania zabiegu powinien chory pić od czasu do czasu wodę. Czerwienienie się chorego i wzrastająca ilość tętna są wskazówką, że zabieg przerwać należy, co powinno nastąpić przed wystąpieniem potów.

Cały zabieg trwa 1—$1\frac{1}{2}$ godziny, czasem jednak musi być skróconym. Zdarza się to u chorych, którzy w zawinięciu doznają niepokoju i usiłują uwolnić się z koców, szamocą się z wytężeniem sił, czerwienieją na twarzy i oblewają potem.

Po rozwinięciu zmywa się chorego zimną wodą i układa do łóżka. Niektórzy nie zmywają chorych wcale; inni zamiast zmywania dają krótką zimną kąpiel. Emminghaus nie radzi używać zimnej wody po kocach; Kraepelin poleca zmywania.

Wpływ uspakajający na ośrodkowy układ nerwowy tłómaczą niektórzy zmianą krążenia w mózgu, wywołaną zimnem prześcieradłem, na naczynia obwodowe i krezkowe. Według doświadczeń Schüllera[8]) na królikach naczynia opony miękkiej mózgu oddziaływują na bodziec cieplny, przy nienaruszonej oponie twardej, nawet z miejsc odległych.

Zimne okłady, stosowane na brzuchu lub grzbiecie, zwężają najpierw naczynia obwodowe i krezkowe, poczem odruchowo następuje rozszerzenie naczyń opony; ciepłe okłady rozszerzają naczynia krezkowe i obwodowe, odruchowo zaś zwężają naczynia opony. Istnieje więc antagonizm między naczyniami krezkowemi a opony.

[8]) Matthes: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie.

Z doświadczeń Schüllera wynika, że mokre zawijania sprawiają rozszerzenie naczyń mózgowych, większy przypływ krwi i lepsze odżywienie mózgu.

Równie często, jak wilgotne zawijania, używane bywają ciepłe kąpiele o ciepłocie 30—37°. Są to kąpiele pełne, w których chory może zanurzyć się po szyję, stosowane w łazienkach, wyjątkowo w wannie przy łóżku chorego Krótkie ciepłe kąpiele polecane bywają dla czystości, dłuższe jako środek uspokajający i nasenny. W klinikach psychiatrycznych i w niektórych zakładach dla obłąkanych używane bywają dłuższe kąpiele ciepłe jako środek uspakajający i leczniczy. Zwolennikiem tych kąpieli jest prof. Kraepelin w Monachium, który nie poprzestaje na kąpielach dłuższych, ale stosuje w swej klinice kąpiele trwałe (*Dauerbäder*), trwające bez przerwy kilka dni, nawet tygodni. W zakładach jednak spotykałem tylko kąpiele dzienne dla braku odpowiedniej liczby służby do zmiany. Kąpiele trwałe nie przedstawiają same w sobie nic szczególnego. Łazienki do tego celu powinny się znajdować blizko sali chorych, co ułatwia służbie dozorowanie kąpiących się. Würth[9]) ma do tego celu na swoim oddziale dwie wanny, umieszczone w pokoju, odgraniczonym od sali chorych tylko drzwiami; służba obsługująca salę dozoruje równocześnie kąpiących się przez drzwi otwarte. Gdzie takich wanien jest więcej, lub gdzie kąpiele i w nocy stosowane bywają, musi być zwiększona liczba służby.

Ilość użytej wody do kąpieli stałych nie jest wielką, gdyż woda w ciepłocie pokojowej oziębia się tylko o 1° na godzinę; potrzeba więc od czasu do czasu dolewać ciepłej wody tak, że ilość użytej wody dla jednego chorego w ciągu dnia równa się 3—4 wannom. Naturalnie nie mówi się o chorych zanieczyszczających się. Często również zdarza się, że potrzeba zmienić wodę zanieczyszczoną pokarmami, które chory w kąpieli przyjmuje. Podczas takiej zmiany kąpieli wkłada się chorego do drugiej wanny, nawet do wanny z innym chorym; a czyni się to dlatego, aby chorego nie poparzyć gorącą wodą. Naturalnie grubego chorego, zanieczyszczonego lub wrażliwego nie włożymy do wspólnej wanny z innym chorym. Do kąpieli ubierają chorych w długie koszule; takich zaś, którzy się rozbierają lub drą, w koszule grube z tyłu zapinane. Długa koszula krępuje ruchy chorego i utrudnia wychodzenie z wanny. Nie wszyscy chorzy, potrzebujący leczenia zapomocą kąpieli trwałych, chętnie siedzą w wannie; wówczas służba przytrzymuje chorego w wodzie, aż powoli przyzwyczai się do ciepłoty wody. Niektórzy z przyjemnością siedzą w wodzie i nie mają wcale ochoty opuszczać kąpieli. Często chorzy chlapią się w wodzie lub wyczerpują ją dla zabawy; aby temu zapobiedz, rozpina się nad wanną płótno z otworem na kadłub chorego i przymocowuje się je do brzegów wanny. Aby chorym udogodnić zabicie czasu, n. p. przez czytanie, daje się im książki i dzienniki, które, czytając, opierają o pas płótna, rozpięty w poprzek wanny. Wyjątkowo zdarzają się chorzy, których mimo wysiłku służby trudno w wodzie utrzymać; wtedy należy próbować dojść do celu przez dolanie cieplejszej wody lub przez podanie im szklanki piwa; jeśli i to niepomoże, trzeba zrzec się dłuższej kąpieli, co zdarza się przeważnie w *dementia praecox*. Chorzy powinni być przez

[9]) Über das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge.

czas trwania kąpieli dozorowani głównie ze względu na wydarzające się czasem omdlenia lub możliwe uduszenie się w wodzie. W razie wypadku powinna służba wynieść natychmiast chorego z kąpieli, ułożyć w łóżku i zawiadomić lekarza.

W razie wystąpienia przekrwienia twarzy lub potu powinien chory otrzymać zimny okład na głowę. Po kąpieli zmywa się chorego zimną wodą i układa do łóżka, poczem następuje zwykle sen, trwający kilka godzin. Działanie ciepłych kąpieli jest podobne do działania wilgotnych zawijań; brak tu tylko zwężenia naczyń obwodowych, które wywołuje początkowe zimno i utrata ciepła.

Zimna pełna kąpiel nie bywa prawie używaną w chorobach umysłowych z powodu zbyt silnego oddziaływania, jakie powstaje przez zetknięcie się całego ciała z wodą o ciepłocie 7—15°, a więc bardzo zimną. Zimna woda działa przedewszystkiem na naczynia obwodowe, które zwężają się i wypychają krew do narządów wewnętrznych, powodując w nich przekrwienie. Im zimniejsza woda, tem większe przekrwienie narządów wewnętrznych, które, trwając dłużej, wywołać może zwiększenie ilości moczu, a nawet białkomocz.

Pełna gorąca kąpiel o ciepłocie powyżej punktu obojętnego, t. j. od 37—42°, urządza się w wannie na kilka minut i działa podobnie jak wilgotne zawijania, naturalnie bez początkowego okresu działania zimna; następuje tu odrazu rozszerzenie naczyń obwodowych, następnie poty. Wskazania do tych kąpieli wynikają z działania termicznego na naczynia obwodowe. Kąpiele ponad 42°, używane powszechnie w Japonii, rzadko bywają polecane z powodu szybkiego oddziaływania w narządach wewnętrznych, uczucia gorąca, nawałów krwi do głowy i objawów mózgowych. Z mniejszych zabiegów wodoleczniczych najczęściej używaną bywa półkąpiel. Do tego celu służą najlepiej wanny nizkie a szerokie, napełnione wodą o ciepłocie 22—26° na 20 ctm. głębokości, stawiane obok łóżka. Przed włożeniem chorego zamyka się drzwi i okna sali dla uniknięcia przeciągu. Kąpiel trwa do 10 minut; w kąpieli należy chorego zlewać wodą, czerpaną dłonią z wanny i lekko nacierać. Niektórzy radzą zlewać kąpiącego się ciepłą i zimną wodą naprzemian dla wzbudzenia większego oddziaływania.

Z kąpieli częściowych, w których tylko część ciała wystawiona jest na działanie wody, powszechnie używane bywają kąpiele nasiadowe. Woda może tu być zimna lub ciepła, zależnie od wskazania. W kąpieli nasiadowej zimnej głowa chorego musi być osłonięta zimnym okładem z powodu następowego nawału krwi do mózgu. Winternitz wykazał, że w zimnej kąpieli nasiadowej podnosi się nieco ciepłota ciała i że działają one głównie na nerw trzewny, wyciskają krew z jamy brzusznej do góry, przyspieszają ruchy serca i oddychanie.

Inne jest działanie krótkich kąpieli nasiadowych, a kąpieli dłuższych. Krótkie zimne kąpiele obniżają ciepłotę ciała i zmniejszają ilość krwi w narządach jamy brzusznej przez wypchnięcie jej do mózgu; dłuższe podnoszą ciepłotę, krew zaś wskutek oddziaływania wraca z górnych części ciała do jamy brzusznej. Opierając się na tem, podał Winternitz wskazania do kąpieli nasiadowych: krótka zimna kąpiel jest orzeźwiającą i podniecającą; dłuższa jest uspakajającą z powodu zmniejszenia napływu krwi do mózgu; pierwsza podnieca czynność narządów jamy brzusznej i działa na ruch robaczkowy kiszek.

Ciepłe kąpiele nasiadowe działają kojąco, uśmierzają kurcze i bole w jamie brzusznej, parcie na stolec, kurcz pęcherza i t. p.

Zmywania wykonują się zapomocą kawałka płótna, zmoczonego w zimnej wodzie i wyciśniętego; działanie przy tym rękoczynie jest cieplne i mechaniczne. Im grubsze płótno, tem silniejsze drażnienie skóry, tem większy bodziec na zakończenia nerwów. Zmywania podnoszą działanie wody i są orzeźwiające nawet dla zdrowego człowieka. Działanie odwodzące ciepło jest tu na drugiem miejscu. Winternitz każe zmywać chorego przykrytego w łóżku tak, że do nacierania wystawia się z pod przykrycia kolejno ręce, nogi, tułów. Zmywanie powinno trwać krótko, wykonywać się szybko.

Nacieranie działa podobnie, jak zmywanie, tylko wybitniej, sprowadza bowiem zaczerwienienie skóry. Wykonuje się je w ciepłym pokoju w ten sposób, że chorego obwija się w postawie stojącej w prześcieradło, zamoczone w zimnej wodzie i wykonuje się ruchy pocierające po prześcieradle, jedną ręką z przodu, drugą z tyłu, aż do zaczerwienienia skóry; potem obciera się szybko chorego suchym ręcznikiem, ubiera się go i poleca przechadzkę. Działanie objawia się zaczerwienieniem skóry, szybkim oddechem i uczuciem senności. Ponieważ krew w nacieraniach dopływa więcej ku powierzchni ciała, polecamy je w zastoinach i przekrwieniach narządów wewnętrznych.

Tusze wymagają specyalnego urządzenia w łazienkach; mianowicie przyrząd, rozdrabniający strumień wody, powinien być połączony z wodociągiem i zbiornikiem ciepłej wody. Ponieważ przy tuszowaniu działa obok ciepłoty także ciśnienie wody, przeto tusze powinny być tak urządzone, aby działanie cieplne i mechaniczne można uregulować. Odpowiednio do kształtu mogą być tusze deszczowe, promieniste, wachlarzowate i t. p. Działanie ich jest miejscowe na rozmaite części ciała; ze względu na silne działanie mechaniczne, na ciągle odnawiający się bodziec na skórę, należy tusze stosować krótko. Działają one orzeźwiająco, podniecają czucie skórne i odruchy, wzmacniają siłę mięśniową. Silne tusze na głowę mogą sprowadzić wstrząs.

Okłady na głowę, czy to w postaci worków z lodem, czy też wężownic z metalicznego glinu w kształcie czapki z przepływającą przez nie zimną wodą, używane bywają w przekrwieniu mózgu i opon w wybroczynach mózgowych i drgawkach poraźnych. (C. d. n.)

---

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

## Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

**F. Majewski,**
asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Ciąg dalszy).

Każdy ustrój posiada względem różnych drobnoustrojów, jakeśmy to już powiedzieli, pewien stopień naturalnej odporności. Odporność tu bywa czasem minimalna, czasem

daje się wykazać tylko w stosunku do drobnoustroju, tym lub innym sposobem osłabionego. Pomimo to, dzięki bardzo rozmaitym zabiegom, jesteśmy w stanie podnieść ją do tego stopnia, że ustrój staje się zdolnym przemódz szkodliwy wpływ dawki kilka, a nawet kilkaset razy większej od najmniejszej śmiertelnej dla niego dawki w warunkach prawidłowych. Mówimy wówczas, żeśmy ustrój uodpornili sztucznie.

Przy badaniu spraw zakaźnych u zwierząt laboratoryjnych jesteśmy w możności dzięki doświadczeniom kontrolującym na okazach prawidłowych sprawdzić istnienie naturalnej odporności, a zapomocą pewnych metod określić ją bardzo dokładnie, a nawet wymierzyć właściwe dla danego rodzaju zwierząt granice wahań osobniczych. Czynnik ten z łatwo zrozumiałych przyczyn nie mógł być nigdy określony w naszych doświadczeniach przy łóżku chorego; nie posiadamy bowiem zwierzęcia, któreby oddziaływało jednakowo z człowiekiem na to lub inne zakażenie i było bezwzględnym wskaźnikiem szkodliwości zarazka chorobotwórczego dla ustroju ludzkiego. Ograniczamy się więc tylko do zbadania drugiego czynnika — odporności nabytej, sztucznej, o której mogliśmy sadzić z objawów, zachodzących w chorym ustroju po zastosowaniu surowicy, w porównaniu ze stanem jego przed zastosowaniem tego środka. Ponieważ zastosowywaliśmy surowicę przeciwpaciorkowcową w ustroju chorego, nasuwają się tu przedewszystkiem dwa pytania, jakie jest działanie surowicy 1) na zarazek chorobotwórczy względnie na paciorkowca; 2) — na ustrój ludzki w ogólności, w szczególności ustrój chory. Pierwsza kwestya została już dokładnie zbadana, drugą będziemy musieli rozstrzygać na zasadzie podobieństwa (nie tożsamości) pomiędzy reakcyą na zakażenie, zachodzącą w ustroju ludzkim i zwierzęcym.

Nie będę wchodził w szczegóły historyczne, zaznaczę tylko pokrótce to, co pracami Rogera, Lingelsheima i Bordeta dowiedzionem zostało. Wynika z nich, że wszystkie możliwe wpływy przeciwpaciorkowcowej surowicy, razem wzięte, nie są w stanie uszkodzić paciorkowca w znacznym stopniu. Surowica ta lekko je aglutynuje; prawda — rozwijają się one w niej nieco później, niż w surowicy zwierząt prawidłowych, ale rosną zupełnie dobrze i wstrzyknięte do ustroju zwierzęcego (bez większej ilości samej surowicy) zdolne są wytworzyć zakażenia śmiertelne. Surowica ta zatem sama przez się bakteryobójczą nie jest, pomimo to zastosowanie jej nie jest bez wpływu na przebieg zakażenia paciorkowcowego.

Podobnie do doświadczeń Richeta i Héricourta, Behringa i Kitasato i in., w myśl prawa Behringa o właściwościach surowic zwierząt uodpornionych względem jakiegokolwiek z drobnoustrojów, surowica przeciwpaciorkowcowa okazała się zdolną uchronić zwierzęta od śmierci wskutek następowego zakażenia paciorkowcem. Wobec tego powstaje kwestya nadzwyczaj interesująca, tembardziej interesująca, że obserwowano ją zarówno w wielu innych sprawach zakaźnych, w jaki sposób surowica, nie posiadająca sama własności bakteryobójczych, nie będąca przytem w stanie wywołać takowej w ustroju, któremu ją zastrzyknięto, może pomimo to wykazać taki widoczny wpływ ochronny, a jak później zostało stwierdzonem, nawet i leczniczy?

Początkowo posądzano różne znane już substancye, znajdujące się w surowicy zwierząt uodpornionych, o posiadanie własności ochronnych. Dzięki licznym badaniom trzeba było przyznać, chociaż kwestyi ostatecznie nie rozstrzygnięto, że istnieją w surowicy zwierząt uodpornionych istoty specyalne — ochronne, których bliższe zbadanie tymczasem nie mogło być dokonane. Doświadczenia Frankla i Sobernheima wykazały, że substancye ochronne, zawarte w surowicy zwierząt uodpornionych, bardzo dobrze znoszą nawet względnie wysokie ogrzewanie, jak n. p. do 70° C; jest to ciepłota, przy której surowica prawidłowa traci najzupełniej działanie bakteryobójcze. Badania te pozwalają wykluczyć aleksyny z rzędu substancyi, które posiadają wymienione własności ochronne. Oprócz aleksyn, które już ciepłota 56° niszczy zupełnie, inne substancye, jak aglutyniny lub substancye uczulające, są daleko mniej wrażliwe na ogrzewanie i pod tym względem zachowują się bardzo podobnie do substancyj ochronnych.

Pomimo tego podobieństwa nie są one identycznemi i liczne prace (Miecznikow, Pfeiffer, Gieorgiewski i t. d.) wykazały, że stopień własności ochronych tej lub innej surowicy znajduje się w zupełnej niezależności od ilości substancyi uodparniających takich, jak „fixatrice“ lub aglutyniny.

Ale nie tylko surowice zwierząt uodpornionych są w stanie wywrzeć dodatni wpływ na przebieg zakaźnej sprawy chorobowej; własność taką mogą posiadać w swej surowicy również i zwierzęta prawidłowe, posiadają ją także płyny takie, jak bulion pożywkowy lub rozczyn soli kuchennej kwas nukleinowy i t. d. (Klemperer, Wassermann, Pfeiffer, Isajew, Majewski i t. d.). Pomiędzy surowicą zwierząt uodpornionych a normalnych zachodzi jednak różnica, że dla ochronienia zwierzęcia od śmierci wskutek zakażenia, pierwszej potrzeba użyć w daleko mniejszej dawce, niż drugiej. I tu i tam widzimy ochronne działanie, nie wiemy tylko dokładnie, czy jest ono zalezne od jednego i tego samego czynnika, czy też od różnych?

Wobec braku bliższych wiadomości o tych istotach sprawa ta nie została załatwiona ostatecznie: jedni autorowie widzą w obydwóch tych przypadkach jedno i to samo podniecające działanie pewnych substancyi (stymuliny) na komórki fagocytujące, które pod ich wpływem wykazują daleko energiczniejszą czynność w pożeraniu drobnoustrojów, inni znowuż, przyznając surowicom zwierząt prawidłowych i niektórym płynom, sztucznie przygotowanym, własności stymulizujące, twierdzą, że wpływ surowic zwierząt uodpornionych oparty jest na innym mechanizmie; że dzięki im komórki ustroju zostają pobudzone do wydzielania istot czynnych, działających szkodliwie na same drobnoustroje lub porażających ich szkodliwe działanie na zakażony organizm.

Dla zbadania podniecającego (stymulującego) działania surowic na czynność fagocytów zostały wykonane prace, które przyniosły fakta, sprawę tę rozjaśniające, zarówno co do surowic zwierząt uodpornionych (Bordet), jak i prawidłowych (Besredka). Doświadczenia Bordeta, jako bliższe kwestyi nas obchodzącej, bo wyjaśniające główny czynnik odporności zwierząt (króliki, morskie świnki) przeciwko paciorkowcowemu zakażeniu otrzewnej, przytoczę w skróceniu poniżej. Badacz ten w roku 1897, nie czyniąc

zresztą żadnych wniosków co do leczenia zapalenia otrzewnej w ogólności, zauważył, że śmiertelne dawki hodowli paciorkowca, wprowadzone do otrzewnej, nie sprowadzały śmierci u zwierząt, użytych do doświadczenia, jeżeli przedtem zostało dokonane wstrzyknięcie do otrzewnej lub pod skórę pewnej dawki przeciwpaciorkowcowej surowicy. Za pomocą sprawdzania co pewien czas składowych części (morfologicznych) wysięku zapalnego w jamie otrzewnej, otrzymał on szereg danych, które go przekonały, że pod wpływem działania surowicy energia fagocytów w pochłanianiu paciorkowców znacznie się wzmaga. Leukocyty, które w przypadkach, gdzie nie była użyta surowica, pozostały w stanie ujemnej chemotaksy, pochłaniały po jej zastosowaniu drobnoustroje w dużej ilości. Pod wpływem opóźnionego w stosunku do zakażenia wstrzyknięcia surowicy można było czasami wywołać tak zwaną „phagocytose tardive" — czyli działalność fagocytową po pewnym okresie bezczynności.

Doświadczenia te mówią same za siebie i rzeczą jest bardzo prawdopodobną, że ich wyniki dadzą się w całej rozciągłości zastosować i do ustroju ludzkiego. Dzięki im poznajemy dokładnie mechanizm walki ustroju z zarazkiem w samej jamie otrzewnowej. Zwrócić jednak musimy uwagę na to, że zwierzę zakażone do otrzewnej już w stosunkowo bardzo krótkim czasie staje się ofiarą zakażenia ogólnego, co nieraz udaje się stwierdzić przez wykazanie drobnoustrojów we krwi [1]). Wobec tego nie możemy przypisywać walce fagocytów z zarazkiem jedynie w jamie otrzewnowej znaczenia rozstrzygającego o przebiegu choroby, ten jeden objaw nie jest dostatecznem wytłómaczeniem pomyślnego zejścia.

Wobec przedostawania się drobnoustrojów z prądem krwi do wszystkich zakątków ustroju ocalić go może tylko odczyn ogólny, czynnik, któryby mógł działać wszędzie z jednakową siłą przeciw chorobotwórczym zarazkom. Czynnikiem tym może być fagocytoza ogólna; bo z tym samym prądem krwi, który roznosi po ustroju zarazki, płyną i liczne białe ciałka, które w bardzo wielu sprawach chorobowych zakaźnych pojawiają się nawet w nadmiarze (hyperleucocytosis). Ale sama obecność białych ciałek, nawet w nadmiernej ilości, nie stanowi jeszcze o niczem; znamy liczne przypadki płonicy o przebiegu bardzo złośliwym, pomimo że ilość leukocytów dochodziła tam do 30000 i więcej w 1 sz. mm. krwi. Trzeba te leukocyty przeobrazić w fagocyty, trzeba ujemną chemotaksę zmienić w dodatnią, a energię trawienną ich wnętrza podnieść o tyle, ażeby one nietylko chętnie drobnoustroje pochłaniały, ale i były w stanie uczynić je nieszkodliwymi.

Wiemy dziś, że na czynność fagocytarną białych ciałek podniecająco działa nietylko surowica zwierzęca — swoista i prawidłowa, ale także niektóre płyny mniej skomplikowane, jak n. p. zwykle bulion pożywkowy. Nie wszystkie te środki działają jednakowo. Największe widoki ma surowica zwierząt uodpornionych, posiada ona bowiem nietylko własności surowicy prawidłowej (stymuliny), ale dzięki uodparnianiu zwierzęcia otrzymuje pewne bliżej jeszcze nieokreślone swoiste własności, które wywierają nieraz w sposób rozstrzygający dobroczynny wpływ na przebieg sprawy chorobowej, użyte nie tylko zapobiegawczo, ale i jako środek leczniczy. Surowice prawidłowe i inne płyny, w tym celu stosowane, zdolne są, jak dotychczasowe badania dowodzą, wywierać przeważnie lub wyłącznie wpływ ochronny (stymuliny).

Z pomiędzy różnorodnych czynników, wchodzących tu w grę, znaczenie największe posiada tu czas, w którym uskutecznione zostaje wstrzyknięcie surowicy: trzeba je dokonać jak można najwcześniej, o ile można prewencyjnie. Wyżej wspomniany został już fakt, że surowice prawidłowe mogą być czynne tylko pod warunkiem, że są zastosowane ochronnie; stosownie do tego musimy się starać tak postępować, ażeby i ten czynnik wyzyskać. Następnie powinniśmy się starać, ażeby zapomocą uprzedniego przygotowania białych ciałek ustroju stworzyć dla ich walki z drobnoustrojami warunki jak najkorzystniejsze, t. j. nadać ciałkom białym własności fagocytarne na ten czas, kiedy zarazki są jeszcze nieliczne, w takiej tylko ilości, w jakiej do ustroju wtargnęły lub nieznacznie tylko pomnożone, a to dlatego, by przeszkodzić wytworzeniu się jadowitych toksyn w ilości większej, któreby obezwładniły ciałka i osłabiły cały narząd życiowy ustroju. W większości przypadków trudno jest przewidzieć nastąpienie choroby, o nich też nie mówimy; dużo jednak znamy przypadków, gdzie takie przewidywanie jest zupełnie usprawiedliwione. Mogą to być zakażenia groźne, albo wskutek znajdującego się w wolnej jamie otrzewnowej ropnego ogniska, jak n. p. w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, ropnem zapaleniu woreczka żółciowego, powierzchownych ropniach wątroby i wielu innych, albo wprost wskutek tej lub innej przyczyny, których nie brak przecież przy wykonywaniu każdej prawie laparotomii, związanej z operacyami na przewodzie pokarmowym, przepełnionym drobnoustrojami. Nie mówię tu już o przypadkach zakażenia, n. p otrzewnej, spowodowanych niedoskonałą aseptyką narzędzi i materyałów opatrunkowych, rzeczy nieraz niezależnej od operującego. W tym ostatnim razie, gdzie urządzenia wyjaławiające nie stoją na wysokości zaufania, lub gdzie się jest zmuszonym operować przy pomocy asystentów, niedostatecznie wyszkolonych, ochronne wstrzyknięcie surowicy uważam za absolutnie wskazane.

Można się spodziewać również, że w razach ran, które rąk lekarza dochodzą nieraz bardzo prędko po ich dokonaniu, ochronne zastosowanie surowicy, naturalnie wraz z odpowiednimi zabiegami chirurgicznymi, dobre przyniesie wyniki. Stosuje się to przedewszystkiem do ran postrzałowych, przy których z kulą wtarga do ciała cała masa septycznego materyału, jak odzież, bielizna wraz z ich liczną florą bakteryjną — przypadki, w których często z różnorodnych względów o zabiegu chirurgicznym doszczętnym mowy być nie może (n. p. pewne postrzały mózgu, płuc i t. d.).

Powyższym uwagom zarzucić jednak można, że przecież niepodobna przewidzieć, jaki drobnoustrój w tym lub innym poszczególnym przypadku sprowadzi zakażenie? Badania ropy jednak wykazały, że w ogromnej większości przypadków wywołuje zakażenie względnie nieliczna grupa drobnoustrojów ropotwórczych. Sprawa surowic o własnościach mięszanych — surowic, pochodzących ze zwierząt szczepionych nie jednym, ale kilku rodzajami drobnoustro-

[1]) Prawdopodobnie w zależności od tego uogólnienia się zakażenia znajduje się fakt spostrzegany przezemnie („Przegląd lekar." 1902 Nr. 49), że lecznicze zastosowanie surowicy podskórnie dawało lepsze stosunkowo wyniki, niż wstrzyknięcia do otrzewnej, może dlatego, że z okolic tkanki podskórnej mogła surowica być wessana w stanie czystszym, nie ulegając wpływowi nagromadzonego w jamie otrzewnowej wysięku.

jów, nie jest jeszcze dostatecznie opracowana. W obecnej chwili, jeżeli nie posiadamy żadnych danych o rodzaju zakażenia, powinno się starać o wytworzenie jaknajniekorzystniejszych warunków dla rozwoju najzłośliwszego i najczęściej spotykanego drobnoustroju, — jakim jest paciorkowiec. Jednocześnie wyzyskujemy własności surowicy nieswoistei działamy przez nie na drobnoustroje inne, bądź towarzyszące paciorkowcom, bądź występujące zupełnie samodzielnie.

(Dok. nast.)

## IV. Oceny i sprawozdania.

**„Eos". Vierteljahrschrift für die Erkenntnis und Behandlung jugendlicher Abnormer.** Wydawcy: Dr Brunner, Krenberger, Alex. Mell, H. Schlöss. Nakład: A. Pichlers Wittwe und Sohn. Wiedeń i Lipsk. Zeszyt I. Styczeń, 1905.

Nowy kwartalnik, wychodzący pod wyżej przytoczonym tytułem, ma tworzyć organ badaczów, pracujących na polu pedagogicznem i lekarskiem, których zakres działania ogranicza się do ociemniałych, głuchoniemych, głupowatych, neuropatycznych i psychopatycznych w młodym wieku. Tytuł odpowiada zadaniom leczniczym, dążącym do obdarzenia tych wychowanków światłem poznania i duchowego życia. Do przedstawicieli naukowych tego pisma należą poważni specyaliści w zakresie neuropsychologii i pedagogii. Bardzo znaczna liczba współpracowników, do pocztu których zaliczyć należy pierwszorzędne powagi na polu otyatryi, okulistyki, pedyatryi i psychoneurologii, jak np. prof. Benedikt, Escherich, Fruhwald, Hang, Schmidt, Rimpler, Pick, Urbantschitsch, Wagner, Wicherkiewicz i in., na razie w liczbie 80-ciu, świadczy o powadze tego wydawnictwa. W pierwszym zeszycie, pod nagłówkiem „Dziecka głuchoniemego umysł" podaje dyrektor Brunner zwięzły przegląd i krytyczne omówienie panujących na tem polu zapatrywań. Zestawienia te rzucają ciekawe i pouczające światło na obecny stan tego zagadnienia. Po oddaniu należytego hołdu zasługom Heinickego, wyświadczonym sprawie nauczania głuchoniemych mowy głosowej, omawia B. złudne podstawy, na których wielu autorów opiera swoje sądy o tej sprawie. Psychologia odgrywa najważniejszą rolę w poznaniu wewnętrznego życia człowieka i wskazuje środki pedagogiczne w celu wywierania na nie pożądanego wpływu. Dla nauczania głuchoniemych mowy, jako zewnętrznego objawu myślenia, musimy przedewszystkiem znać stan duchowy takiego upośledzonego dziecka; otóż brak mowy utrudnia nadzwyczaj poznanie spraw świadomości i życia duchowego. Na tem polega sprzeczność i w znacznej mierze i mylność zapatrywań, sprzeciwiających się często doświadczeniu, wyrażonemu przez wielu uczonych i badaczów. I tak Kant na podstawie swojej nauki o „rozumie", jako „zdolności zasad", t. j. „syntetycznego poznania z pojęć", przychodzi do wniosku, że głusi z urodzenia nie mogą nigdy osiągnąć więcej, niż „analogon rozumu", podczas gdy inni, jak Eschke, Kiesewetter, powołując się na doświadczenie, wyrażają się wręcz przeciwnie. W dalszym ciągu rozbiera autor zapatrywania co do zdolności umysłowych nieuczonych głuchoniemych, wyrażone przez M. Müllera, Huxleya, Prölssa, Benekego, Drobischa, Itarda, Steinthala, Sicarda, Krusego i w. in., przedstawiając je w krytycznem oświetleniu nowoczesnej psychologii. Przytem wskazuje na niejednokrotne jaskrawe sprzeczności w zapatrywaniach nawet tego samego autora. Te sprzeczności, pojawiające się nawet tam, gdzie idzie o kwestyę, czy głuchoniemy, który nie pobierał nauki, równa się zwierzęciu, lub też pod względem intelektualnym stoi wyżej nad niem, mnożą się jeszcze w usiłowaniach autorów dokładnego wyjaśnienia stanu świadomości takich kalek.

Na podstawie przytoczonych zapatrywań i ich krytyki musimy przyznać, że poznanie stanu duchowego nieuczonych głuchoniemych jest w wysokim stopniu niedostatecznem i niepewnem i że mamy tu przed sobą zagadnienie, czekające jeszcze na rozwiązanie. Niemniej pewnem jest z drugiej strony, że w interesie skutecznej i pomyślnej nauki rozwiązania tego szukać należy i znaleźć je można tylko w szkole dla głuchoniemych.

W następnym rozdziale pod tytułem: „Życie duchowe ociemniałego", redakcya zaznajamia nas obok krótkiego życiorysu z bardzo cennemi, polegającemi na samospostrzeganiu rozprawkami ociemniałego w młodym wieku **Ludwika Ansaldiego**, wyjętemi z pracy tegoż pod tytułem: „Fizyologiczny rozbiór stanu ślepego" i zawierającemi ciekawe i godne uwagi spostrzeżenia o stanie ślepych. Rozprawki te, zawierające rozbiory Ansaldiego o zmysłach wzrokowym, dotykowym, analitycznym, słuchowym, smakowym i węchowym, o przyczynach wyższego wykształcenia zmysłów i o wzmocnieniu uwagi i pamięci u ślepego, o konieczności wychowania ślepego i o spotęgowanem tegoż poczuciu estetycznem, dalej o wychowaniu i nauce ślepego, podają nam wyobrażenia ociemniałych o świetle, barwach, piękności itp. i przedstawiają cenny materyał dla psychologii ślepych. W następnym zeszycie redakcya zamierza podać krytyczną ocenę tych uwag i ustalić dodatnie wyniki z samospostrzeżeń ociemniałych.

Pouczające są również następne sprawozdania o stanie pedagogicznego leczenia nieprawidłowych dzieci na Węgrzech, o środkach, sposobach, urządzeniach, służących do leczenia i o zaopatrzeniu dzieci ślepych, głuchoniemych i nierozwiniętych umysłowo.

W rozprawce pod tytułem: „O oświetlaniu zakładów dla głuchoniemych" C. Baldrian, główny nauczyciel zakładu dla głuchoniemych w Austryi Dolnej, zaznajamia czytelników z głównemi zasadami dobrego oświetlenia takiego zakładu. Ważność obfitego światła w salach naukowych dla głuchoniemych wynika już z tej okoliczności, że u nich zmysł wzrokowy ma niejako uzupełnić niedostateczny słuch, że nabywanie poznania i znaczenia przedmiotów, oraz zdolność do mowy może u nich mieć miejsce tylko zapomocą dokładnego widzenia, przypatrywania się i postrzegania; wielką ma doniosłość dla głuchoniemych szanowanie siły wzrokowej, której strata lub osłabienie pociągnęłyby za sobą gorsze dla nich następstwa, niż u zdrowych, i mogłyby spowodować za sobą śmierć duchową dotkniętego niemi osobnika. Wszak nauka mowy i odczytywania z ust odbywa się tylko zapomocą okiem spostrzeganych ruchów artykulacyjnych w połączeniu z dotykowem odczuciem ruchów narządu mięśniowego mowy, jak to autor w pracy tej bliżej przedstawia. Największa jasność ma być przeciętnie w wysokości 1·3 m. od podłogi. Stopień oświetlenia ma wynosić 150—200 „lux", t. j. jednostek prawidłowej świecy Höfnera. Nareszcie autor wyjaśnia sposób nauki artykulacyi odnośnie do potrzebnego oświetlenia i zestawia postulaty, wymagane od nowoczesnych szkół lub zakładów dla głuchoniemych pod względem oświetlenia. Za najlepsze źródło światła sztucznego uważa autor rozlane łukowe światło elektryczne.

Między pracami, zapowiedzianemi w przyszłych numerach tego czasopisma, znajdujemy artykuł prof. B. Wicherkiewicza pod tytułem „O kompensacyi zmysłowej u ślepych".

Cel pisma, złączenie wszystkich prac, odnoszących się do badania i leczenia dzieci zmysłowo i umysłowo upośledzonych w jedno ognisko, zasługuje na uznanie. Każdy lekarz czytać będzie te prace z korzyścią dla swej wiedzy teoretycznej i dla swego działania praktycznego i należy życzyć, żeby wydawnictwo to znalazło szerokie koło czytelników. *Spira.*

# V. Wyciągi.

**MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.** G. Besod. **O klimacie i gruźlicy płuc.** (*Deut. med. Woch.* 1904). Autor również jak Dettweiler i inni jest zwolennikiem klimatu kraju rodzinnego chorych; pobyt w południowych ciepłych krajach poleca wyłącznie suchotnikom zamożnym, nie mającym żadnych widoków wyzdrowienia; tylko takim klimat przy komforcie i różnych wygodach sprawia ulgę, rzadko wstrzymując — i to nieznacznie — przebieg choroby. B. przemawia tem goręcej za klimatem ostrym, a nie łagodnym, gdyż środki zaradcze przeciw zakażeniu się innemi chorobami są tu liczniejsze i doskonalsze, aniżeli np. w Egipcie, Hiszpanii południowej, na Riwierze. Co do górskiego i podgórskiego klimatu, to również nie trzeba się łudzić, odkąd przekonano się, że i okolice górskie nie stanowią strefy ochronnej, jeśli są gęsto zaludnione, lub gdy przemysł rozpoczyna się tam rozwijać; w tego rodzaju przemianach klimat jako taki przestaje odgrywać tę rolę, jaką miał przodtem; w każdym jednak razie wpływ krajów górzystych na ustrój ludzi zdrowych i chorych jest kwestyą dotychczas nie poznaną należycie. Dlatego też autor nie jest za ciągłem próbowaniem tego lub innego klimatu albo też za układaniem z góry programu podróży kilku — lub kilkunastomiesięcznej — bez zastanawiania się, iż w każdym czasie choroba może podlegać rozmaitym zmianom i powikłaniom; natomiast doradza lekarzom stosowanie środków leczniczych wszelkiego rodzaju względnie do zmian anatomicznych i objawów klinicznych, jakie po dłuższej obserwacyi u chorego stwierdzają; to samo tyczy się i wyboru klimatu w każdym przypadku, jeśli już zachodzi konieczna potrzeba jego zmiany. *Korm.*

**CHIRURGIA.** Dr. Preindlsberger. **Kruszenie kamieni drogą międzykroczową.** (*Wiener Allg. med. Ztg.*, Nr. 48, 1904). Autor donosi o swych wynikach, uzyskanych tym sposobem operowania kamieni moczowych u dzieci (wprowadzenie litotryptora przez otwór w części błoniastej cewki moczowej) i wogóle o wynikach, osiągniętych zapomocą otwarcia pęcherza moczowego przez międzykrocze (*cystotomia perinealis*) metodą Franka. Ten sposób operowania powinien w zupełności zastąpić cięcie pęcherza środkowe i boczne, a zasługuje w wielu przypadkach na pierwszeństwo przed cięciem wysokiem. Przy tej sposobności wspomniał autor o swoich nadzwyczaj pomyślnych doświadczeniach ze znieczuleniem lędźwiowem, które wykonał w 245 przypadkach i doznał doskonałych wyników. *Baschkopf.*

Fittig. **Leczenie promieniami Roentgena.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* Tom XLII, Zeszyt 2, 1904). Promieniami tymi leczono raka skóry jamy ustnej, gruczołów szyjnych, sutków i połyku. Z piętnastu raków skórnych wyleczono tymczasowo 12, tylko w 3 przypadkach nie było żadnego wyniku. Zdaniem autora w rakach skórnych, mianowicie w ich postaci wrzodu żrącego (*ulcus rodens*), także w rakowcach, jak długo w gruczołach niema przerzutów, można osiągnąć w zasadzie zupełne wyleczenie zapomocą naświetlania, a leczenie to stawia autor na równi z leczeniem operacyjnem, a nawet może ono jest lepsze w przypadkach raka twarzy, gdyż daje o wiele kształtniejszą bliznę. W przypadkach, gdzie już są przerzuty w gruczołach, można naświetlać, a gruczoły wyjąć. Wykluczyć należy przypadki, w których rak już drąży bardzo wgłąb, a które operacyjnie dadzą się jeszcze leczyć. W przypadkach, nie nadających się do operacyi, można naświetlaniem łącznie z operacyą uzyskać polepszenie, może nawet i wyleczenie. Raka sutka nie powinno się naświetlać promieniami Roentgena nawet w najlepszych warunkach, gdyż tu trzeba zadziałać na całą przestrzeń limfatyczną, czego można dokonać nożem, a promienie Roentgena, jak doświadczenie uczy, nie wystarczają. W tych przypadkach naświetlanie ograniczyć należy tylko do przypadków, nie dających się operować, w których sprowadza polepszenie, a nigdy wyleczenie. *B. Żmigród.*

Boas. **Tamowanie krwotoków krwawnicowych.** (*Therapie der Gegenwart*, 1904, Nr. 7). Autor radzi w tym celu wstrzykiwać do odbytnicy 20 grm. 10% rozczynu chlorku wapnia strzykawką odbytnicową, i to rano przed oddaniem stolca. W ciężkich przypadkach radzi i wieczór jeszcze raz wstrzyknąć. Po ustaniu krwotoków należy jeszcze przez pewien czas, w ciężkich przypadkach nawet 4 tygodnie codziennie wstrzykiwać, a później 2 albo 3 razy tygodniowo. Wstrzykiwania te do odbytnicy dają dobre usługi nietylko w krwotokach krwawnicowych, ale i w krwotokach przy raku odbytnicy, lub w rozległych krwotokach miesiączkowych. Stron ujemnych w leczeniu tem niema. Należy tylko uważać, by sól była chemicznie czysta, gdyż w przeciwnym razie wstrzykiwania te powodują znaczne palenie, bole i parcie na stolec. *B. Żmigród.*

Werner i Hörschel. **Doświadczenia z działaniem leczniczem promieni radu.** (*Deutsche med. Wrchenschrift* 42, 1904). Autorowie nie osiągnęli w sześciu przypadkach złośliwego nowotworu żadnego wyniku. O wiele lepsze były przy guzach dobrotliwych i guzach gruźliczych. Ujemną stroną tego leczenia jest łatwe powstawanie owrzodzeń, które wymagają do wygojenia się bardzo długiego czasu. Między obumarłemi częściami skóry trzeba koniecznie pozostawiać nietknięte, zdolne do odrodzenia wysepki naskórka. W żadnym przypadku nie nastąpił nawrót po dziewięciu miesiącach. *B. Żmigród.*

**POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA.** Kneise. **Przyczynek do czystej posocznicy** (*septicaemia*). (*Archiv für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Autor wskazuje na zamieszanie, jakie do tej chwili jeszcze panuje w kwestyi przebiegu zakażenia połogowego i terminologii rozmaitego rodzaju zakażenia. Podział na ropnicę i posocznicę nie wystarcza i często nie odpowiada rzeczywistości. Na tle spostrzeganego przypadku, którego dokładna historya choroby jest podaną, wskazuje autor na pewną rzadką postać zakażenia połogowego, która stanowi dla siebie zamkniętą, ściśle ograniczoną jednostkę chorobową: 32-letnia wieloródka, badana rzekomo 15 razy przez położną, urodziła dobrowolnie płód w położeniu czaszkowem i wstała w 4 dniu połogowym. Wieczorem tegoż dnia wystąpiła gorączka, a gdy stan ten stale się pogarszał, odesłał ją lekarz po 3 dniach do kliniki. Badanie przedmiotowe dało wynik zupełnie ujemny: narząd rodny okazał się zupełnie prawidłowym, odchody skąpe, niecuchnące; badanie jednak drobnowidowe tych ostatnich wykazało bardzo liczne łańcuszkowce. Ani miejscowe leczenie jamy macicy, ani też ogólne, ani wreszcie wstrzykiwania surowicy Marmorka nie pomogły; chora gorączkowała stale powyżej 40° przy tętnie 130—150 i zajętem sensoryum i w 5 dni po przyjściu do kliniki umarła. Dreszczu nie było ani razu. Przeszczepienie na bulion krwi, wziętej w 3 dniu pobytu w klinice z żyły przedramiennej, wydało czystą hodowlę łańcuszkowców. Sekcya dała wynik ujemny; również i badanie histologiczne prócz nieznacznego zwyrodnienia nerek, wątroby i serca nie wykazało nic nieprawidłowego, w szczególności żadnych zmian w macicy i tkance przymacicznej, żadnego wału ziarniny, lub innych oznak odczynu zapalnego; natomiast znaleziono we wszystkich narządach łańcuszkowca. Ten gwałtowny przebieg choroby wykazuje niezawodnie, że tu przez palce lub przyrządy wprowadzono do pochwy i kanału szyi, czy może wprost do jamy macicy, łańcuszkowce o wielkiej żywotności, obdarzone nadto własnością tak nadzwyczajnie silnego wtargnięcia, że bardzo szybko potrafiły przezwyciężyć przeszkody, jakie stawiają tkanki żyjące i soki ustrojowe i bez wywołania choćby najmniejszego odczynu w mięśniu macicy — dostały się do krwiobiegu. To jest właśnie różnica między tą postacią zakażenia krwi a ropnicą. Przy tej rozszerzają się drobnoustroje wzdłuż śródbłonka żył, a niszcząc go, wywołują w tych miejscach tworzenie się skrzepów, które, rozmiękając pod wpływem działania drobnoustrojów ropnych, niszczą i tkankę sąsiednią. Części tej zropiałej masy mogą się następnie dostać drogą krwiobiegu do innych tkanek i narządów i tam znowu wywołać tworzenie się ropni. Tu więc można znaleźć drobnoustroje tylko czasowo we krwi, w chwili oderwania się cząstki skrzepu; o ile to się zwykle dzieje nagle, o tyle oddziaływa na to ustrój dreszczami; tu proces sam jest zawsze umiejscowiony, choć w wielu nawet narządach. Natomiast w powyżej opisanej postaci drobnoustroje żyją i rozmnażają się w samej krwi, gdzie je też można stale i zawsze znaleźć; dlatego tu brak dreszczów. Energia i żywotność ich jest tak znaczną, że one szybko przechodzą przez narządy, nie wywołując w nich żadnego odczynu, stąd zupełnie ujemny wynik sekcyi. Naturalnie, że tak znaczna ilość drobnoustrojów produkuje znacznie większą ilość toksyn, aniżeli przy ropnicy, a przy równej ilości z pewnością są one znacznie jadowitsze: stąd ten gwałtowny przebieg, wczesne zajęcie sensoryum i szybko występujące porażenie serca. Koniecznie więc należy odosobnić tę postać chorobową zakażenia połogowego od innych i nadać jej odrębną nazwę. Nazwa podana przez Kochera »*streptococcäemia*« nie przyjęła się — i stale utrzymuje się nazwa „sepsis", która właściwie oznacza gorączkę gnilną. Autor proponuje dlatego nazwę kliniczną „czysta posocznica" (septicaemia) — i obliczył jej częstość na 2% — w stosunku do innych postaci zakażenia. Dalej omawia autor pojęcia, określenia i podział zakażeń u innych autorów i proponuje podział nowy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

**OKULISTYKA.** Noiszewski. **Mnogowidzenie jednooczne.** (*Polyopia monocularis*). (*Postęp okulist.*, grudzień, 1904). Powstawanie mnogowidzenia jednoocznego tłómaczono różnie: Péclet tłómaczył szczególną budową płaszczyzny załamującej światło; Stellwag polaryzacyą światła w ośrodkach łamiących oka; Szokalski astygmatyzmem; Tronessart przypuszczał, że poza płaszczyzną łamiącą

w oku znajduje się siatka z mnogimi otworami; Klein zaś przypisywał powstawanie mnogowidzenia jednoocznego w przypadku zaćmy na tle cukrzycy działaniu promieni obwodowych. Autor jednakże tłómaczy powstawanie tego objawu zupełnie niezależnie od sposobu załamania światła w oku bezładem wzrokowym, udowadniając swe twierdzenie możnością wywołania przy pomocy fiksometru jednoocznego mnogowidzenia w każdem oku prawidłowem. Posługuje się w tym celu zwyczajnym metronomem, używanym w muzyce, z przyklejoną do podstawy wahadła kartką, na której znajdują się dwa 1 m. kwadraty, rozdzielone przestrzenią 1 mm. Przed wahadłem znajduje się tarcza ze szczeliną pionową, odpowiadającą pionowemu ustawieniu wahadła. Zależnie od szybkości ruchów wahadła występują prędzej lub później objawy mnogowidzenia. Mnogowidzenie jednooczne u osób, cierpiących na bezład wzrokowy, powstaje — według autora — tak samo, jak mnogowidzenie jednooczne u zdrowych przy patrzeniu na znaki fiksometru. Ten sam przyrząd umożebnia także oznaczenie najmniejszego czasu fiksacyi danego oka. *Dr. Reis.*

Rumszewicz. **Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodaweczek błony sprężystej naczyniówki.** (*Postęp okulist.*, grudzień, 1904). Na podstawie 4 anatomicznie badanych przypadków stwierdza autor, że brodaweczki błony sprężystej naczyniówki powstają bezwarunkowo z komórek przybłonka i stanowią sprawę samoistną, niezależną od zmian w błonie sprężystej. Są one objawami przeważnie zmian starczych w oku, występują jednakże i przy sprawach chorobowych innych części oka. *H. Reis.*

**OTYATRYA.** Hölscher (Ulm). **Choroby opon mózgowych pochodzenia usznego.** (*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten, in Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.* T. VIII, Z. 6/7, 1904. Carl Marhold. Halle a/S). Autor rozpoczął swą rozprawę od przedstawienia liczb statystycznych, tyczących się częstości powikłań śródczaszkowych w chorobach usznych. Następnie kreśli krótki szkic topograficzny anatomii narządu usznego, włączając wskazówki dla praktycznego działania w kierunku zapobiegawczym i leczniczym, oraz drogi, któremi choroby uszne zazwyczaj przechodzą do wnętrza czaszki. Drogami takiemi są: przestwory w wyrostku sutkowym, strop jamy bębenkowej, błędnik, przewód tętnicy domózgowej i opuszka żyły szyjnej. Przenoszenie się to następuje za pośrednictwem małych naczyń krwionośnych i chłonnych, oraz wrodzonych lub powstałych w następstwie próchnicy ubytków kości. Przyczynami, wywołującemi takie powikłania, są: 1) zatrzymanie ropy w uchu środkowem, spowodowane brakiem dobrowolnego lub sztucznego przebicia błony bęb.: wielka odporność błony bęb.; zbyt szczupło lub niekorzystnie dla odpływu wydzieliny umieszczone przedziurawienie tej błony; wielkie ukleje, obce ciała, lub silne obrzmienie ścian przewodu ucha zewnętrznego, oraz zatkanie jego wskutek wielkich ilości wdmuchiwanego proszku do ucha, wbrew istniejącym przeciwwskazaniom i t. p. 2) Zbyt silne wstrzyknięcie do ucha przy odsłoniętej, zwłaszcza już schorzałej, oponie twardej. 3) Uraz, np. silne wstrząśnienie głowy wskutek upadnięcia, uderzenie głowy, a nawet operacya oddlutowania wyrostka sutkowego. Wszystkie choroby opon mózgowych, powstałe w następstwie chorób usznych, dzieli autor na 1) mieszczące się na zewnętrznej powierzchni opony twardej i na 2) takie, które dostały się do wnętrza worka oponowego. W rozprawie omawianej ogranicza się autor na opracowaniu pierwszego tylko rodzaju powikłań, roztrząsając przyczyny, sposoby powstania, objawy, rozpoznanie i metody leczenia zewnętrznego zapalenia opony twardej, ropnia powierzchownego i głębokiego zewnątrzoponowego, oraz otoku worka śródlimfatycznego. (*empyema sacci endolymphatici*). Wszystkie te dane ilustruje autor przykładami z spostrzeżeń własnych i cudzych. Zmiany w uchu przy takich powikłaniach mogą być nieznaczne, szczególnie w przypadkach ostrych; są zaś zwykle bardzo ważne i rozległe w przypadkach przewlekłych. A jednak może nawet przewlekłe ropienie pozaoponowe wystąpić przy nieznacznych zmianach w uchu środkowem, a nawet przy nieropnem zapaleniu w jamie bębenkowej, jak to między innemi poucza spostrzeżenie sprawozdawcy, ogłoszone w „Przegl. lek.“ z roku 1903. *Spira.*

**PEDYATRYA.** M. L. Guinon. **O schorzeniu gruczołów chłonnych tchawicowo-oskrzelowych u oseskòw.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Grudzień, 1904). Chociaż choroba ta u oseskòw nie jest rzadka i przebiega zwykle gwałtownie, podręczniki mało poświęcają jej miejsca. Główne objawy tego cierpienia są następujące: najwybitniej uderza tu silne dyszenie (*cornage*), co rodzice w początku choroby uważają zwykle za nieżytowe zatkanie nosa; lecz objaw ten tak się powiększa, że zapanowuje nad całym obrazem chorobowym. Z dyszeniem łączy się rodzaj świstu (*sifflement*) i bulkotanie (*gargouillement*), przedewszystkiem słyszalne przy wydechu, choć niekiedy słychać je także i na końcu wdechu. Przy krzyku lub podczas wzruszenia objaw ten zwiększa się, a gdy się dziecię pochyli ku przodowi — zmniejsza; słabnie zaś przy położeniu dziecka, a niknie prawie zupełnie podczas snu. Temu dyszeniu towarzyszy z czasem zmienny rytm oddechowy, zwłaszcza przy wydechu, podobnie jak w zapaleniu oskrzelików. Do kaszlu i krzyku zwykle przyłącza się duszność, sinica, połączone z obfitymi potami głowy. Głos przy krzyku jest czysty, jednak słabnie u szczytu napadu duszności. Kaszel jest świszczący, czasem łączy się z lekkiem bulkotaniem (*gargouillement*); zwykle jest napadowy, złożony z wielu napadów bardzo gwałtownych, lecz niema cechy krztuścowej. Pod ustawicznym wpływem wysiłków duszności wcześnie występują zniekształtnienia bądź czasowe, bądź stałe. Wciąganie nad- i podmostkowe, a u dzieci bardzo małych między- i podżebrowe, oraz okrężne w samym dole klatki piersiowej, gdzie tworzy rynienkę głęboką w poziomie fałszywych żeber i jest bardzo wyraźne; zniekształtnienie stałe stanowi wypuklenie części górnej klatki piersiowej, która się staje kulistą. Wypuk jest jawny, nieco bębenkowy i szorstki w górnej części rozedmowej, a prawie prawidłowy w reszcie obu płuc; czasem się stwierdza małe przytłumienie w górnej części przymostkowej i międzyłopatkowej: ale nie trzeba bardzo liczyć na ten objaw, który występuje tylko wtenczas, gdy dziecię się uspokoi i gdy duszność nie rozdyma płuc. Również osłuchiwanie jest bardzo trudne z powodu dyszenia i świstów oskrzelowych, które zacierają szmery płucne. W każdym razie nabieramy przekonania, że szmer pęcherzykowy osłabł i że krzyk nabiera dźwięku uderzająco głośnego w tylnym poziomie wnęki płucnej; nareszcie, że świst i dyszenie w tym punkcie są największe. Na podstawie tych wskazówek można stanowczo rozpoznawać sprawę patologiczną w gruczołach zaoskrzelowych. W klinice zwykle przedstawia się sprawa jak następuje: mamy przed sobą dziecię osłabione, sine, dyszące. Badamy cały przewód oddechowy od nosa do oskrzeli. Obraz ten może być wywołany połknięciem ciała obcego; wywiady rodziców albo mamki zwykle nie dają pewnych pod tym względem wskazówek; zresztą ciało obce w drogach oddechowych wywołuje objawy od początku bardzo ciężkie. Dyszenie z powodu wyrośli gruczołowatych zazwyczaj jest hałaśliwsze i cięższe, oraz wybitnie nosowe. Przeszkadza ono staniu, czego nie spostrzega się przy zwężeniu oskrzeli. Cieśń krtani wytwarza szmer szorstki, podobnie, jak w zapaleniu krtani dławcowem, głos zdławiony, kaszel także szorstki. Chrzęst (*stridor*) wrodzony odczuwa się jako szmer dźwięczny, bez duszności. Zwężenie z powodu przerostu grasicy przedstawia się rozmaicie; w żadnym razie jednak nie jest podobne do obrazu schorzenia gruczołów oskrzelowych. Duszności wydechowej w zapaleniu oskrzelików, albo w zapaleniu płuc i oskrzeli, towarzyszą czasem świsty tchawiczne. Schorzenie gruczołów zaoskrzelowych prowadzi po pierwszych tygodniach stanu względnie prawidłowego do stopniowego ogólnego upadku sił. Dzieci rzec można ustawicznie pracują płucami; czynią wysilki, są smutne, nie uśmiechną się nigdy, a rozwijają się bardzo powoli. Wkrótce zaczynają chudnąć, siły ich słabną, trudne oddychanie i sinica występują. Śmierć następuje z przyczyn rozmaitych: bądź z uduszenia się, bądź z zajęcia mózgu lub błon surowiczych, bądź z krwotoku płucnego. O leczeniu niewiele da się powiedzieć. Tracheotomia oczywiście jest bezskuteczna; środki uśmierzające nie dają wyników. Ciepłe kąpiele od 36° do 38° C. zdają się przynosić ulgę. *L.*

**DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA.** J. Guszman (Budapeszt). **O pochodzeniu kiłowem wiądu rdzenia.** (*Monatschr. f. pr. Derm.* T. 39, 12, 1904). J. Guszman i Hudovernig. **O stosunku kiły późnej do wiądu rdzenia i porażenia postępującego.** (*Monatschr. f. prakt. Derm.* T. 40, 1). Sprawa zależności wiądu rdzenia od kiły nie jest dotąd w zupełności rozstrzygnięta; zapatrywania różnych autorów, tak neuropatologów, jak syfilidologów, rozchodzą się dość znacznie: zdaje się jednak przeważać zdanie (Erb, Fournier), że wiąd rdzenia jest w każdym przypadku pochodzenia kiłowego. Sprawa nie jest łatwa do rozstrzygnięcia ani na mocy liczb statystycznych, które dają się naciągać w pewnym kierunku, ani na podstawie badań anatomicznych, bo cechy histologiczne zmian kiłowych nie są tak wybitne, aby przez nie od niekiłowych odróżnić je można. Autor opisuje cztery przypadki wiądu rdzenia, w których istniały równocześnie rzeczywiste zmiany kiłowe i na mocy podobnych przypadków, rzadko spostrzeganych, wnioskuje, że skoro mamy do czynienia ze zmianami, wywołanemi jadem kiłowym, nie możemy przyjmować równoczesnego działania toksyn kiłowych. To też w ostatnich czasach Erb, zwolennik toksyn w wiądzie, oświadcza, że jeżeli w przypadku wiądu wykazujemy przebytą kiłę, nie potrzebujemy szukać działania toksyn, lub jakiegoś po-

dobnego ciała, gdyż jad kiłowy wywoływać może zwyrodnienia, a zatem i wiąd rdzenia. Wedle zdania G. pochodzenie wiądu da się łatwiej stwierdzić zapomocą zbierania danych statystycznych nie jak dotąd od chorych na wiąd, ale drogą badania wszystkich tych z przebytą kiłą, którzy zgłaszają się do nas z objawami różnymi, lub pozostają pod kontrolą lekarza.

W drugiej pracy podają autorowie wynik takich właśnie spostrzeżeń, poszukują bowiem u chorych, zgłaszających się przynajmniej w 3 lata od czasu zakażenia, za objawami schorzenia układu nerwowego. Na 50 badanych chorych, mężczyzn i kobiet, u 22 nie znaleziono żadnych objawów chorobowych ze strony układu nerwowego; u 12 wykazano początki wiądu, u 7 obłąkanie z porażeniami, u 4 „taboparalysis“, a 5 przypadków było podejrzanych. Z badania tego, jakoteż z wywiadów w różnym kierunku, wyciągają autorowie wniosek, że tak wiąd, jak niedołęstwo umysłu z porażeniami, stoją w bardzo ścisłym związku z kiłą, a zapatrywanie to mogłoby być zachwiane tylko w tym razie, gdyby wykazano podobny związek między temi zboczeniami układu nerwowego, a jakąś inną chorobą. Dalej przypisują autorowie wybitną rolę obciążeniu dziedzicznemu co do chorób nerwowych, ale tylko jako czynnikowi usposabiającemu, a wreszcie nie przyjmują jakiegoś wyraźnego wpływu przebytego leczenia przeciwkiłowego na powstawanie tych cierpień.

*Krzyształowicz.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**O nowym farmakodynamicznym sposobie badania środków moczopędnych.** Dr. P. F. Richter. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904). Do niedawna ograniczano się przy badaniu leków moczopędnych na mierzeniu ilości moczu w jednostce czasu wydalonego, nie zważając wcale na poszczególne składniki stałe moczu. Później zwracano uwagę na składniki stałe moczu: Filehne i Potozky wykazali, że pod wpływem środków moczopędnych zwiększa się ilość wydzielonej moczem soli kuchennej. Ostatecznie w nowszych czasach posługiwał się Dreser oznaczaniem osmotycznych własności, punktu marznięcia i przewodnictwa elektryczności moczu i na tej drodze wyciągał wnioski co do moczopędnego działania leków. Autor wybrał inną drogę badania, którą jednak można stosować tylko w doświadczeniach na zwierzętach: przez wstrzyknięcie małych ilości roczynu azotanu uranowego wywołuje on ciężkie, ostre i śmiertelne miąższowe zapalenie nerek, z którem złączone jest lekkiego stopnia nagromadzenie cieczy w jamach surowiczych. Ilość wypociny można zwiększyć bardzo znacznie, a nawet doprowadzić do obrzęku tkanki podskórnej, jeżeli się zwierzęciu podaje obok wody sól kuchenną, lub kwaśny fosforan sodowy. Działanie przetworu moczopędnego bada się w ten sposób, że podaje się go w odpowiedniej dawce zwierzęciu, począwszy od dnia drugiego i w następnych po wstrzyknięciu azotanu uranowego. Drugie doświadczenie wykonuje się dla kontroli bez podania zwierzęciu badanego leku. Sekcya obu zwierząt doświadczalnych, ilość nagromadzonej cieczy w jamach surowiczych poszczególnych zwierząt, stanowią podstawę do ocenienia działania moczopędnego leku.

*Dr. J. L.*

**O izofizostygminie.** Prof. Dr. Ogin. (*Therapie der Gegenwart*, 1904). W bobie kalabarskim, obok fizostygminy i innych alkaloidów, znajduje się także izofizostygmina, którą E. Merk odosobnił z wyciągu bobu, mianowicie z części, w eterze nierozpuszczalnej. Istotę tę poddał już Kobert pobieżnemu badaniu farmakologicznemu, a obecnie przeprowadził autor badania te w sposób ściślejszy. Badania te wykazały, że izofizostygmina, jakkolwiek pod względem chemicznym bardzo jest do fizostygminy podobną, odróżnia się jednak nierozpuszczalnością w eterze, wyższym punktem topliwości (202° C.) i nierozpuszczalnością w 1% rozczynie soli podwójnej chloroplatynowej; woda jodowa wydziela z 0·1% rozczynów fizostygminy osad, podczas gdy z rozczynów więcej zgęszczonych izofizostygminy osadu nie wydziela. W działaniu fizyologicznem obu alkaloidów ma układ nerwowy, na mięśnie i na mięsień sercowy u żab autor nie wykazał różnic. Natomiast wybitnie różnice w działaniu wykazał autor u zwierząt ciepłokrwistych: izofizostygmina okazała się w działaniu silniejszą od fizostygminy. Działanie zwężające źrenicę, wywołane 0·1% rozczynem izofizostygminy, następuje szybciej, jest wybitniejsze i trwa dłużej, niż przy stosowaniu fizostygminy. Nadto należy zauważyć, że atropina znosi łatwiej działanie izofizostygminy, niż fizostogminy. Autor jest zdania, że działanie izofizostygminy w postaci siarkanu lub salicylanu należałoby poddać ściślejszemu badaniu w praktyce lekarskiej i zaleca to szczególnie oftalmologom. W miejsce 1 mg. fizostygminy należałoby stosować 0·75 mg. izofizostygminy.

*Dr. Ig. L.*

**Teocyno-octan sodowy.** (*Theocin-natrium aceticum*). Maks Hackl (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904) radzi używać zamiast teocyny obojętnej soli podwójnej teocyno-octanu sodowego. Związek ten jest lekiem moczopędnym skutecznym, który nadto nie powoduje ubocznych objawów, jako to: nudności i wymiotów, pojawiających się prawie po każdem podaniu obojętnej teocyny. Środek ten najlepiej podawać w dawkach 0·3—0·5 3 razy dziennie, zawsze po jedzeniu, w postaci proszków, lub w rozczynie. W pewnych przypadkach można teocyno-octan sodowy podać także w postaci czopków w dawkach wyżej przytoczonych.

*Dr. Ig. L.*

## VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 30 listopada 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. P. T. Chrząszcz wygłosił zapowiedziany odczyt: „O hipotezie życia i śmierci ze stanowiska enzymatycznego“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Gertler i prelegent.

*Dr. Ryszard Urbanik*, sekretarz doroczny.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie wyborcze w dniu 21 grudnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 45.

Kol. Prezes zaprasza Przewodniczącego Komitetu przedwyborczego kol. Prof. Jakubowskiego do przedstawienia uchwalonych kandydatur.

Na wniosek Komitetu przedwyborczego wybrano przez aklamacyę na prezesa Towarzystwa po raz trzeci kolegę Prof. Juliana Nowaka.

Zastępcą prezesa wybrano na wniosek Komitetu przedwyborczego kol. Doc. Maksymiliana Rutkowskiego

Sekretarzem dorocznym obrano kol. Tadeusza Pisarskiego; kandydat Komitetu przedwyborczego Franciszek Nowotny urzędu nie przyjął.

Na podskarbiego wybrano kol. Doc. Stanisława Dobrowolskiego.

Przez aklamacyę wybrano na redaktora „Przeglądu“ kol. Augusta Kwaśnickiego.

Do składu Komisyi redakcyjnej wybrani zostali: kol. Prof. Stanisław Ciechanowski, kol. Doc. Maksymilian Rutkowski, kol. Prof. Karol Klecki, kol. Prof. Aleksander Rosner.

Gospodarzem domu Towarzystwa obrano przez aklamacyę kol. Doc. Michała Seńkowskiego.

Na członków Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a zarazem na delegatów na walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano: kol. Prof. Antoniego Marsa, kol. Prof. Antoniego Glzińskiego. Zastępcą delegatów na walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich obrano kol. Prof. Jana Raczyńskiego.

Do składu Komisyi kontrolującej wybrani zostali: kol. Tomasz Mączka i kol. Zygmunt Wachtel (*senior*).

Na wniosek kol. Piotrowskiego polecono nowemu Wydziałowi, aby zastanowił się nad sposobem otrzymania sprawozdań z walnych zgromadzeń Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Za sekretarza dorocznego *Dobrowolski.*

## VIII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu"
*(A. Mickiewicz).*

(Ciąg dalszy).

Fryderyk Bogumir Hechell, ur. w Wilnie 1795, z rodziców zamożnych, uczęszczał tamże do szkół i uzyskawszy w r. 1813 stopień magistra filozofii, zapisał się na tamtejszy wydział lekarski, poczem w r. 1818 zdobył sobie tamże stopień Dra med., a w r 1819 za rozprawę o kołtunie został członkiem ces. Tow. lek wileńskiego. Jako uczeń wydziału filozoficznego i lekarskiego, sławnego podówczas Uniwersytetu wileńskiego, korzystał z wykładów Poczobuta, Śniadeckich, Słowackiego (ojca Juliusza), Lelewela, Józefa Franka, M. Mianowskiego, A. L. Becu, ojczyma Jul. Słowackiego, F. Spitznagla, I. I. Lobenweina (medycyna sądowa) i t. d. W r 1821 udaje się własnym kosztem na studya za granicę, bawi przez 8 miesięcy w Wiedniu, pracując w klinikach. Częścią dla poratowania zdrowia, a częścią dla studyów nad historyą sztuki, udaje się do Włoch i tu w ciągu 3 lat zwiedza ważniejsze miasta, nadto wyspy Sycylię, Maltę, Elbę, Sardynię i Korsykę. Rok 1826 spędza na studyach w Paryżu, w roku 1824 zwiedza Holandyę, Anglię, Danię, Szwecyę, Norwegię i Laponię. Od r. 1828—1834 bawi w Getyndze, Halli, Lipsku i przez 3 lata w Berlinie, uczęszczając tu na wykłady Caspra, skąd w r. 1834 po krótkim pobycie w Dreznie przybywa do Krakowa, a odbywszy pomyślnie konkurs na posadę profesora medycyny sądowej i t. d., uznany za wystarczający przez wszechnicę wiedeńską, zostaje 14 lipca 1836 mianowany przez Senat rządzący W. m. K. zwyczajnym profesorem medycyny sądowej, policyi lek., zoagryi i historyi medycyny. Władał on w słowie i piśmie językiem ojczystym, łacińskim, niemieckim, francuskim, włoskim, angielskim i rosyjskim. W roku 1848/9 i w 1849/50 pełnił urząd dziekana Wydz. lek., zaś w roku 1850/1 urząd prodziekana. Zmarł w r. 1851

Hechell stanowi znakomitą siłę fachową. Obok wielkiego ogólnego wykształcenia i wielkiej ogólnej kultury jest on pierwszym profesorem Wszechnicy Jag., który z wielkiem zamiłowaniem pracuje tak dydaktycznie, jak i literacko w zakresie swych przedmiotów. To też słusznie wyraża się o nim historyk Wydz. lekar.: prof. Majer, „prof Hechell wgląda niemal we wszystkie ustronia tego rozległego przedmiotu", który „z pomiędzy wszystkich działów nauki lekarskiej najmniej lekarzy polskich zajął". Wymownym dowodem tej jego pilnej i skrzętnej pracy są jego publikacye, drukiem ogłoszone i dzieła, pozostałe w rękopisach. Prócz rozprawy doktorskiej „De zostere" (Wilnae 1818) i „O kołtunie" (Dziennik lekar. wileński 1820) napisał on:

1) Historyczno-krytyczne badania początku i wzrostu medycyny sądowej. Rocznik Wydz. lek. krak. 1839. T. II. str. 83—258

2) O koniecznej potrzebie i użyteczności policyi lek. Tamże 1842. T. V, str. 57—207.

W pracy tej, wychodząc z założenia, że lekarz leczyć musi różne niemoce, oświadcza się za tem, aby zniesiono odrębne doktoraty medycyny i chirurgii i tworzono tylko doktorów wszech nauk lekarskich. Zarazem oświadcza, że lepiej wykształcać mniej, lecz dobrych lekarzy, niż więcej, a mniej biegłych i dodaje:

„Rodź ty cztery. dziesięć. dwa.
Ja jednego, ale lwa".

3) Uwagi pod względem sąd.-lekar. nad dziecięciem w krak. zakł. położ. nieżywo porodzonem. którego krzyk w żywocie matki na 14 godzin przed urodzeniem przez matkę i otaczających przez 2-kroć wyraźnie był słyszany. Tamże. 1845, T. VIII.

4) Medycyna sądowa, podług najnowszych zasad i doświadczeń ułożona dla uczniów Wydz. lek. w Uniw. Jag. w 1849 i 1850 roku. Rękopis Bibl. Jag. kod. 1055. Drugi egzemplarz w muzeum Wydz. lekar., założonem przez prof. Dr. W. Jaworskiego.

5) Zasady medycyny sądowej. Rękopis. Bibl. Jagiel. kod. 2740—1.

6) Policya lek. Część I i II. Rękopis. Tamże kod. 2738—9.

6) Historya nauki lek. (Przekład dzieła Hasera). Rękopis. Tamże kod. 1014.

8) Hist. medicinae et chirurgiae, nec non morborum popularium. Rękopis. Tamże. kod 2743—2750.

Nadto wiele innych jeszcze rękopisów, tyczących się homeopatyi, historyi filozofii i t. d., znajdujących się w bibliotece Jag.

Hechell wykładał przez cały rok historyę medycyny, w półroczach zimowych medycynę sądową, w letnich policyę lek., zoagryę czyli boëtykę, t. j. naukę o pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach wedle dzieł Orfili i Berndta. W wykładach medycyny sądowej, jak to w rocznych sprawozdaniach, pilnie przezeń przedkładanych dziekanatowi oświadcza, posługiwał się dziełami Henkego, Niemanda, Wildberga, Mendego i Orfili. Dba on także i wielki nacisk kładzie na praktyczne wykształcenie uczniów w zakresie medycyny sądowej. W tym celu uczęszcza wraz z uczniami na sekcye sądowe. Ponieważ zaś sekcye sądowe w Krakowie wykonywali wyłącznie tylko, jak pisze Brodowicz, „urzędnicy policyi lekarskiej" w prosektoryum klinicznem, znajdującem się podówczas w miejscu późniejszego prosektoryum zakładu med. sąd., lecz w godzinach takich, w których ani profesor, ani uczniowie obecni być nie mogli, nadto wreszcie znawcy sądowi profesora o czasie mających się odbyć sekcyi nie zawiadamiali, przeto wskutek inicyatywy Hechella wystosował ówczesny dziekan Wydz. lekar. Brodowicz pismo do komisarza zakładów naukowych w tej sprawie. W piśmie tem, pochodzącem z roku 1836, czytamy: „gdy żadna teorya nie ma wartości, jak skoro nie jest wypływem praktyki i nawzajem do praktyki nie prowadzi, gdy nauczanie i pojęcie pierwszej bez demonstracyi ostatniej równie czczem jak mozolnem..., gdy między gałęziami medycyny stosowanej czyli praktycznej medycyny sądowa arcyważne zajmuje miejsce, gdy ta u nas dotąd jedynie tylko z katedry absentibus objectis wykładaną była, gdy jednakże nowy statut akademicki (z r. 1833) nakazuje kandydatom, egzamina ściśle składającym, wypracowanie i złożenie dwóch opinii lekarskich, parere medica zwanych, gdy te na pamięć wyrabiane jałową tylko są zabawą..., gdy policya lekarska miasta naszego dość częste liczy zdarzenia, do medycyny sądowej odnoszące się, gdy między innemi samych obdukcyi legalnych tak znakomita w ciągu każdego roku zdarza się ilość, gdy te od lat kilku zawsze w prosektoryum klinicznem odbywają się, gdy dyrektorowie klinik lokal wyłącznie do ich użytku należący, w tej jedynie myśli na ten cel ustąpili i to sobie zaraz zastrzegli, ażeby profesorowi nastręczyć możność okazywania, a uczniom łatwość poznania zbliska całej manipulacyi w podobnych zdarzeniach zachowanej, gdy jednakże warunek nie zachowuje się...., Wydział lekarski tak ważnemi uwagami, dobro szkoły i uczniów, równie jak kraj i rząd obchodzącemi spowodowany, ma zaszczyt i t. d. przedstawić", iżby sekcye sądowe odbywały się wobec profesora i uczniów, poprzednio o tem zawiadomionych w czasie „o ile możności" takim, iżby ci mogli być przy tem obecni „bez uszczerbku innych obowiązków". Skutek tego podania widocznym jest w sprawozdaniach, dorocznie składanych dziekanatowi przez

Hechella, albowiem podaje on, że w roku 1838 i 1839 uczniowie uczęszczali z nim na sekcye sądowe, że w roku 1840/1 widzieli oni dwie sekcye zwłok osób uduszonych przez kwas węglowy (może tlenek węgla?), sekcye zwłok kobiety zmarzniętej, kilku osób „utonionych“, dwóch zabitych przez piorun, żołnierza, któremu po uderzeniu kijem pękło serce i t. d., iż w r. 1841/2 widzieli 11 sekcyi, z tych kilka przypadków utopienia (n. p. dziecko w cebrze wody), przypadek otrucia kwasem siarkowym, wreszcie sekcyę zwłok dziecka, znalezionego w grobach zamkowych. W r. 1824/3 widzieli uczniowie 14 sekcyi sądowych, w 1843/4 19 sekcyi, w 1844/5 13 sekcyi. Widziane sekcye omawiał Hechell z uczniami i zaprawiał ich w spisywaniu protokołów sekcyi i orzeczeń. W r. 1848/9 ogłasza Hechell wykład medycyny sądowej w „index scholarum“, połączony z ćwiczeniami praktycznemi („exercitia quoque medico-forensia cum auditoribus“). Wreszcie przynosi „skład Uniw. Jag., oraz Wykaz przedmiotów naukowych i t. d.“ za rok 1850/1 obok wykładu teoryi medycyny sądowej, także osobne kollegium prof. Hechella „Praktyczne ćwiczenia sądowo-lekarskie we wszystkich stosownych zdarzeniach“.

Z tych szczegółów widzimy, że Hechell stanął niemal na wysokości swego zadania w czynnościach swych nauczycielskich i naukowych i że dla tych swych zasług zapisał się złotemi głoskami w dziejach katedry medycyny sądowej w Uniw. Jag., oraz w dziejach polskiej medycyny sądowej.

Wykłady jego oparte na rozległej wiedzy i doświadczeniu, a głoszone w pięknej formie wymownemi słowy, musiały mu zjednywać uznanie u słuchaczy. Ogólne jego wykształcenie, znajomość gruntowna i zamiłowanie do literatury i sztuk pięknych sprawiły, iż Rząd powołał go jako członka komisyi, mającej estetyczny dozór nad teatrem krakowskim, doprowadzonym za kierownictwa H. Meciszewskiego do nieznanej dotąd świetności. Dowodem jego studyów nad literaturą piękną jest sześć tomów wypisów jego ze wszystkich niemal celniejszych pisarzów łacińskich, począwszy od wieku złotego. Na wzmiankę zasługuje także jego stanowisko nieprzejednanego przeciwnika używania alkoholu, jakie zajął w pracy swej: „Rzecz o pijaństwie, o jego szkodliwych skutkach i o środkach zapobieżenia onemuż“. Kraków 1844. str. 132. Praca ta ściągnęła na siebie surową krytykę, zamieszczoną w poznańskim Tygodniku liter. z r. 1844.

Od r. 1849 pełnił także obowiązki radcy konsystorza połączonych wyznań ewangielickich w Krakowie, sam będąc wyznania kalwińskiego. Cierpienie nieuleczalne wątroby, z którego zarodem zdaje się przybył już do Krakowa, przecięło pasmo jego życia dnia 8 maja 1851 r. w Grefenbergu, dokąd się był udał celem uratowania zdrowia, uzyskawszy trzymiesięczne zwolnienie od obowiązków swego zawodu i urzędu.

### IV. Okres od roku 1851—1895.

Po śmierci Hechella Wydział lek. powierzył na letnie półrocze 1851 wykłady policyi lek. i historyi medycyny Drowi Oettingerowi, późniejszemu docentowi i profesorowi historyi medycyny. Odtąd też następcy Hechella nie wykładają więcej historyi medycyny. Najwyższem postanowieniem z dnia 15 stycznia 1852 został mianowany Dr. Antoni Bryk, c. k. nadlekarz polowy i operator szpitala garnizonowego we Lwowie profesorem medycyny rządowej (Staatsarzneikunde), obejmującej medycynę sądową i policyę sądową.

Antoni Bryk, ur. 25 maja 1820 w Dubiecku, odbył studya lek. w Wiedniu i tu uzyskał stopień Dra med. w r. 1846. Przez dwa następne lata był wychowańcem zakładu operacyjnego profesora Wattmanna tamże, poczem uzyskał w r. 1849 dyplom operatora. Wstąpiwszy do wojska, odbył jako starszy lekarz polowy kampanię węgierską, poczem, przeniesiony do Lwowa, pełnił obowiązki operatora w szpitalu garnizonowym. Bryk wykładał w zimowem półroczu medycynę sądową, w letniem policyę lek., obie w języku niemieckim. Dnia 13 stycznia 1856 uzyskał zatwierdzenie w służbie nauczycielskiej.

Nadzwyczaj sumienny w wypełnianiu swoich obowiązków, uznając doniosłość dla uczniów ćwiczeń praktycznych na zwłokach, skoro tak władze sądowe, jak i administracyjne miejskie materyału do celu praktycznego wykształcenia uczniów nie oddawały, zwraca się w roku 1859 z odnośną prośbą do Wydziału lek., a ówczesny dziekan prof. Dr. Dietl wzywa Senat akademicki o interwencyę w tym kierunku u odnośnych władz. Nadto wnosi Bryk podanie do c. k. Ministerstwa, aby był stale wzywany do wykonywania sekcyi sądowych i policyjnych. Wskutek tych zabiegów poleca c. k. Ministerstwo sprawiedliwości reskryptem z 18 marca 1859, aby do sekcyi sądowej w Krakowie władze sądowe wzywały stale jako znawcę profesora medycyny sądowej. Zarazem polecił rząd oddać profesorowi med. sąd. wykonywanie sekcyi policyjnosanitarnych, nadto na cele tych praktycznych ćwiczeń dla uczniów przyznał 21 stycznia 1859 pierwszy raz dotacyę roczną, stale odtąd wypłacaną, w kwocie 50 zlr. Wreszcie, wezwany przez c. k. Minist. sprawiedl., Sąd kraj. wyższy w Krakowie donosi w sierpniu 1859 Senatowi Uniw. Jag., że sekcye sądowe będą się odtąd odbywać w czasie od 12—1 godziny. Tak sekcye sądowe, jak i policyjne, te ostatnie wykonywane przez uczniów pod kierunkiem profesora, odbywały się w prosektoryum klinicznem. Mimo tych rozporządzeń żali się prof. Bryk w piśmie z 17 lutego 1860 r., że magistrat krakowski w jednem półroczu żadnych, w drugiem tylko pięć zwłok przesłał do sekcyi policyjnej, oraz, że tylko do jednej sekcyi sądowej w tymże czasie był wezwany. Wówczas oświadczył Kwaśniewski, profesor położnictwa gotowość odsyłania wszystkich zwłok noworodków, celem dostarczenia materyału do ćwiczeń sądowolekarskich. Dnia 20 lipca 1860 zostaje Bryk mianowany profesorem chirurgii w miejsce zmarłego prof. Bierkowskiego, musi jednak jeszcze z początku półrocza 1860/1 zastępczo wykładać medycynę sądową, ponieważ następca jego na tej katedrze nie mógł być mianowanym. Pismem z dnia 18 paźdz. 1860 donosi Bryk Senatowi, że ogłosił wykłady z medycyny sądowej 8—9 godzinne w tygodniu, lecz że nie podoła im dłużej, gdyż wykłady chirurgii wynoszą 22 godzin tygodniowo. W kilka dni potem następuje mianowanie nowego profesora med. sąd., a Bryk wykłada odtąd tylko chirurgię do roku 1870 po niemiecku, a potem do chwili swej śmierci po polsku. Zmarł 16 lipca 1881. Znakomity uczony, biegły operator, choć z rodu polskiej narodowości, przez swe wykształcenie, uzyskane w Wiedniu, przez służbę wojskową i stosunki domowe czuł się raczej niemcem. Z pośród licznych jego a cennych prac wyłącznie chirurgicznych jedna tylko z tego miejsca jako praca sądowolekarska musi być podniesioną, t. j. „Blutkrystalle und ihre Bedeutung bei forensen Blutuntersuchungen“. Wiener med. Wochens. 1858. Nr. 42. Dodać należy, że był on od roku 1862 - 1864 członkiem redakcyi „Przeglądu lekarskiego“.

Po ustąpieniu Bryka z katedry medycyny sądowej wnieśli podania o nią Dr. med. Ferdynand Bogusław Kopczyński, dyrektor szpitala św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie, Dr. Kraus, c. k. lekarz powiatowy w Krakowie i Dr. Schauenstein, docent chemii sądowej w Wiedniu, późniejszy profesor medycyny sądowej w Gracu (zmarły w roku 1891). Przeciw kandydaturze Dra Krausa oświadczył się jednomyślnie cały Wydział lekarski i Senat w obszernem piśmie, w którem podnosi, że aczkolwiek Dr. Kraus może być, a nawet jest w istocie gorliwym urzędnikiem sanitarnym i lekarzem sądowym, to jednak nie posiada żadnych naukowych kwalifikacyi na katedrę tak trudnego, bo całokształt wiedzy lekarskiej obejmującego przedmiotu. Jedynie tylko ówczesny, a drugi z kolei profesor anatomii patologicznej Dr. Heschl (pierwszym profesorem

tego przedmiotu był Dr. Treitz od roku 1852/3, kiedy po raz pierwszy utworzono tę katedrę), wystąpił namiętnie w obronie Krausa, a nawet osobiście wstawiał się za nim w Ministerstwie, przyczem zarzucił ówczesnemu dziekanowi Dietlowi podstępne w tej sprawie postępowanie. W sierpniu 1860 oświadczyło się 8 profesorów z ogólnej liczby 11 za Kopczyńskim, jako jedynym możliwym kandydatem na opróżnioną katedrę, motywując swe oświadczenie tem, że Kopczyński zalicza się mimo młodego wieku do powag lekarskich Krakowa, cieszy się znacznem zaufaniem chorych, wreszcie, władając obok języka niemieckiego także językiem polskim jako ojczystym, jest w stanie porozumiewać się przy sekcyach sądowych ze stronami, nie znającemi języka niemieckiego i podawać uczniom termina naukowe polskie, tak potrzebne w urzędowaniu w kraju, w którym znajomość języka niemieckiego jest bardzo ograniczoną. Zarazem oświadczają się ci sami profesorowie, t. j. Bryk, Domański, Kozubowski, Majer, Piotrowski, Skobel i dziekan Dietl w ostateczności za wnioskiem chwiejnego w zdaniu Sławikowskiego, aby Kopczyńskiego zamianować zrazu na pierwsze półrocze tylko zastępcą profesora. Za Schauensteinem oświadczył się Heschl, gdy dwóch innych profesorów było nieobecnych. Wskutek zatargu stąd wyniklego między Dietlem a Heschlem zażądało Ministerstwo wyjaśnień pisemnych w tej sprawie od Bryka i Heschla, poczem reskryptem z 13 go paźdz. 1860 roku uznaje podejrzenia Heschla względem Dietla za niesłuszne i porywcze, zarazem jednak wytyka Dietlowi jako niewłaściwe ustne omawianie przezeń z 3 profesorami sprawy obsady katedry bez spisania protokołu z tej komisyjnej konferencyi.

Postanowieniem Najwyższem z 21 paźdz. 1860 roku Dr. Ferdynand Bogusław Kopczyński mianowany zwyczajnym prof. medycyny rządowej z pensyą 1260 złr. rocznie i dwoma deceniami, rozpoczyna wykłady, a zarazem tymczasowo pełni jeszcze swój dawniejszy urząd dyrektora szpitala św. Łazarza i św. Ducha za wynagrodzeniem 50 złr. miesięcznie. Dr. Kopczyński uzyskał dyplom Dra med. w Krakowie, poczem pełnił czasowo obowiązki adjunkta w klinice lekarskiej. Zamierzał się habilitować i w tym celu przygotowywał pracę „Ueber die physikalische Untersuchungsmethode“. Był on autorem tylko jednej drukiem ogłoszonej rozprawy „Kasuistik des polnischen Weichselzopfes“ (Wiener med. Wochenschrift). Dnia 30 listopada 1860 złożył Kopczyński przysięgę służbową i rozpoczął wykłady, które jednak niebawem przerwał z powodu choroby płuc, jakiej się nabawił, niosąc chętnie pomoc lekarską. Tej to chorobie (pneumonia?) uległ 22 kwietnia 1861 w mieszkaniu przy ogrodzie botanicznym przyjaciela swego, inspektora tego ogrodu Warszewicza. Mieszkanie to, jak pisze zastępca rektora X. prof. Dr. Teliga na zawiadomieniu o pogrzebie śp. Kopczyńskiego, „odstąpiła mu chętnie troska przyjaciela, aby mógł łatwiej powitać pierwsze uśmiechy wiosny“. (Ciąg dalszy nastąpi).

## IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Polskie Towarzystwo balneologiczne. W sobotę d. 14 b. m. odbyło się w sali wykładowej kliniki wewnętrznej I-sze Walne Zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa balneologicznego, na które przybyli zarówno lekarze, jak właściciele i dyrektorowie zakładów leczniczych. Uczestników zgromadzenia powitał w imieniu Komitetu Prof. Dr. Ludomił Korczyński, poczem zaprosił na przewodniczącego zgromadzenia radcę cesarskiego Dr. Edwarda Krzyżanowskiego z Truskawca. Po odczytaniu listy członków Towarzystwa przystąpiono do wyboru wydziału. Prezesem Towarzystwa wybrany został Prof. Dr. Ludomił Korczyński; wiceprezesem hr. Jan Potocki z Rymanowa; skarbnikiem Dr. M. Cercha z Krynicy; sekretarzem Dr. Z. Wąsowicz z Krynicy; członkami wydziału wybrano Dr. A. Chramca z Zakopanego, Dr. K. Kadena z Rabki i Dyrektora Mazurkiewicza z Iwonicza; członkami zaś Komisyi kontrolującej Doc. Dr. I. Lembergera i Dr J. Regieca z Rymanowa. Na wniosek Komitetu organizacyjnego zamianowało Walne Zgromadzenie radcę dworu Prof. Dr. Edwarda Korczyńskiego i Dr. Henryka Dobrzyckiego z Warszawy pierwszymi członkami honorowymi Towarzystwa, pragnąc w ten sposób uczcić ich zasługi na polu balneologii polskiej. Resztę porządku dziennego wypełniły obrady nad wnioskami dotychczasowego Komitetu. Między innymi uchwalono poruczyć wydziałowi urządzenie zjazdu balneologicznego i wdrożenie energicznej akcyi na polu przemysłowo-ekonomicznem. Po wyczerpaniu porządku dziennego zakończono obrady o godzinie 9-tej wieczór. Zaraz dnia następnego t. j. 15 b. m. odbyło się w mieszkaniu Prezesa Towarzystwa pierwsze posiedzenie wydziału, na którem wytknięty został w szczegółach kierunek postępowania i prac, mających za cel rozwój balneologii polskiej.

## X. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 19 stycznia.*

* W łonie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a w ścisłym związku z Komisyą redakcyjną „Przeglądu lekarskiego“, zawiązało się „grono sprawozdawców“, które w rubryce wyciągów i sprawozdań umieszczać będzie w „Przeglądzie lekarskim“ streszczenia z lekarskiego piśmiennictwa bieżącego. Do grona tego, którego przewodniczącym jest prezes Tow. lek. krak. prof. Nowak, należą: Dr. Wilczyński (medycyna wewnętrzna), Doc. Rutkowski (chirurgia), Doc. Dobrowolski (położnictwo i ginekologia), Doc. Majewski (okulistyka), Doc. Krzysztalowicz (choroby skórne i weneryczne), Doc. Lemberger (farmakologia), Doc. Lewkowicz (pedyatrya), Dr. Rydel (choroby nerwów), Dr. Nowotny (laryngologia), Dr. Horoszkiewicz (medycyna sądowa i nauka o zabezpieczeniach od wypadków), Doc. Seńkowski, Doc. Droba i Dr. Wrzosek (medycyna teoretyczna), Prof. Łepkowski (dentystyka). Każdy z wyżej wymienionych sprawozdawców pokrywa poniekąd nazwiskiem swojem dział, który reprezentuje, przeto najuprzejmiej upraszamy dotychczasowych spółpracowników w rubryce „wyciągów“ i „sprawozdań“, aby zechcieli na przyszłość przesyłać swe rękopisy nie do Redakcyi, lecz do wyżej przytoczonych sprawozdawców, lub przewodniczącego „grona sprawozdawców“, prof. Nowaka. Nazwiska członków „grona sprawozdawców“, w skład którego wchodzą specyaliści znani i zasłużeni w nauce, niech staną się rękojmią, że rubryka wyciągów i sprawozdań będzie w naszym tygodniku wiernem odbiciem rozwoju i postępu medycyny w dobie dzisiejszej. Czynność „grona referentów“ rozpocznie się już w Nr. następnym.

* Redakcya „Przeglądu dentystycznego“ w Nr. 12 zapowiada przystąpienie do wydania „**Podręcznika chorób zębów i jamy ustnej**“. W redagowaniu tego dzieła wezmą udział: Doc. Bochenek, Prof. Maziarski, Doc. Seńkowski, Prof. Hoyer, Dr. Kołakowski, Dr. Humnicki, Prof. Wachholz, D-ta Idzikowski, Prof. Łepkowski, Dr. Zboril, Doc. Bohosiewicz, D-ta Zieliński, Dr. Leszczyński, Dr. Dzierżawski, Prof. Rydygier, Doc. Gońka i Dr. Kozerski. Podręcznik wychodzić będzie w 5-arkuszowych zeszytach, w cenie po 1 rb. za zeszyt. Redakcyę „Podręcznika“ objęli Prof. Łepkowski (Kraków, Rynek Główny, 22. Ambulatoryum dentystyczne Uniwersytetu Jagiel.) i Dr. Dzierżawski (Warszawa, Redakcya „Przeglądu dentystycznego“).

Wyżej przytoczone nazwiska spółpracowników i tytuły działów, które oni mają opracować zapowiadają dzieło skończone, wyczerpujące przedmiot pod względem naukowo teoretycznym, klinicznym i technicznym. Wydanie „Podręcznika dentystycznego zawdzięczać będziemy rezolucyi, powziętej na wniosek Prof. Łepkowskiego podczas ostatniego Zjazdu w Krakowie.

* Naczelnym lekarzem oddziału chorób wewnętrznych w poznańskim szpitalu Sióstr miłosierdzia mianowany został Dr. Panieński.

* Dr. Bronisław Bogdański, młodszy lekarz salinarny, mianowany starszym lekarzem salinarnym w Delatynie i Łanczynie.

* Bibliotekarz Towarz. lekar. krak. składa podziękowanie Dr. Serkowskiemu w Łodzi i Doc. Dr. K. Majewskiemu za nadesłane dary do księgozbioru.

* W żeńskim petersburgskim Instytucie lekarskim otrzymało w r. 1904 stopień lekarza 250 kandydatek.

* Między 25 a 31 grudnia 1904 doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie nadwórniańskim. W tymże czasie stwierdzono dur brzuszny w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim, jaworowskim, kałuskim, kamioneckim, mościskim, przemyślańskim, stryjskim, tarnopolskim — po jednej gminie i w turczańskim w dwóch gminach.

**Mianowania i odznaczenia.** Dr. Emanuel Kusy z Dubrav mianowany został szefem sekcyi *extra statum* w ministerstwie spraw wewnętrznych. Ma to być pierwszy przypadek wyniesienia lekarza na tak wysokie stanowisko w państwowej hierarchii austryackiej. Dr. Zabołotny (bakteryologia) i magister farmacyi Ginzberg (farmacya) mianowani profesorami nadzwycz. w petersburgskim żeńskim Instytucie lekarskim. Dr. Janowskij mianowany profesorem dyagnostyki lekarskiej w Kijowie. Dr. Loeb mian. prof. nadzwycz. anatomii patol. w Filadelfii. Tytuł profesorski w Berlinie otrzymali: Dr. Wolpert (higiena) i Dr. Kaiserling (patologia).

**Nekrologia.** We Francyi zmarł Dr. Stagieński, lekarz wojskowy, który brał czynny udział w wojnie 1870 r., wielce szanowany dla swych cnót znakomitego lekarza i wzorowego obywatela. Dr. Scriba, profesor chirurgii, zmarł w Tokio. Dr. Konrad Zawisza, lat 56, zmarł w Warszawie.

**Bibliografia.**

— *Medycyna* Nr. 1. Sokołowski: O leczeniu przeciwgorączkowem suchotników. Jaworski: Ostra niestrawność jelitowa.

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Pawiński: Hyposthenia cardiovasculosa climacterica. Rejchmann: O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia. Łapiński: Tymol kamforowy w leczeniu gruźlicy kości, stawów i gruczołów.

— *Kronika lekarska* Z. 1. Ziemiński: O zachowaniu się wobec zaćm powikłanych. Polak: Nowoczesne urządzenia do produkcyi limfy ospowej stosowane, oraz w szczególności o urządzeniu Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie.

— *Nowiny lekarskie* Z. 1. Gaszyński: Ratowanie noworodków od pozornej śmierci nowym sposobem sztucznego oddychania. Gerzabek: Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki. Dziembowski: Białkomocz wskutek zatrucia rtęcią.

— *Zdrowie* Z. 1. Polak: Najpierwsza sprawa w programie społecznym. Mesz: Projekt reform sanitarnych w Otwocku. Chełchowski: Temperatura izb wiejskich w zimie.

— *Głos lekarzy* Nr. 2 zawiera: O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — O nihilizmie lekarskim (II). — Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904 (dok.). — Polskie Towarzystwo balneologiczne (dok.). — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (XI). — W sprawie podziękowań dla lekarzy. — Ruch naukowy w polskich Towarzystwach lekarskich (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 1. Maixner: Některé zkušenosti o angina pectoris (c. d.). Vanýsek: Čtyři případy anemysmatu aorty s kompressi arteriae pulmonalis. Lašek: Příspěvek k narkose skopolamin — morfiové.

— *La Presse médicale* Nr. 1. Roger i Salamon: Dur brzuszny galopujący. Parhon i Papinian: Wywód choroby w leczeniu gośćca stawowego przewlekłego. Rouslacroix: Pozorna lub przemijająca bezskuteczność naparstnicy.

— Nr. 2. Azoulay: Włókienka nerwowe według metody i prac Ramon y Cajala. Lermoyez i Mahu: Leczenie nieżytu trąbki Eustachiusza gorącem powietrzem. Lhomme: Nowy dający się wyjałowić przyrząd do tamowania krwi, dozwalający sprawdzać i regulować tamowanie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Hahn: Niektóre uwagi poczynione w czasie tegorocznej cholery w południowej i średnio-azyatyckiej Rosyi. Eulenburg: O nerwowych i umysłowych chorobach po wypadkach, wywołanych elektrycznością. Beitzke: Badania na dzieciach ze względu na teoryę Behringa o zakaźności gruźlicy. Wolff: O aplastycznej limfatycznej białaczce i o zwolnieniach w przebiegu białaczki. Passow: Przyczynek do nauki o czynnościach błędnika.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2. Küster: Gruźlica u zimnokrwawych. Kunwald: Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem. Freymuth: Stosowanie przetworów tuberkuliny przez usta. Ranke: Zależność pożywienia od ciepłoty mieszkania, podług spostrzeżeń w okolicy podzwrotnikowej, w klimacie umiarkowanym i na wyżynach górskich. Prüsmann: Zapobiegawcze stosowanie przetworów sporyszu podczas porodu. Theilhaber: Patologia i terapia przewlekłego zapalenia trąbek. Steinschneider: Adrenalina przy krwotoku macicy ciężarnej. Bruns: Próby odkażania przy tęgoryjcu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Dimmer: Etyologia wiosennego nieżytu spojówki. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi. Oefele: Podstawy nowoczesnej nauki o trawieniu do praktycznego spożytkowania w koprologii.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2. Eichhorst: Wskazania i metodyka leczenia naparstnicą. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca (c. d.). Ebstein: O egzodynie (exodin Schering) zawierającej czynną substancyę wypróżniającą. Sattler: Leczenie oderwania siatkówki (dok.). Werner: Przyczynek do nauki i do spożytkowania roli lecytyny przy biologicznem działaniu radu i promieni Röntgena. Stenger: O rodzajach nerwic występujących po zranieniach głowy. Nerwice urazowe błędnika. Brehmer: Posocznica gonokokowa noworodków.

**Redakcya otrzymała.** Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

---

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 2 (od dnia 8/1 do 14/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. —, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 8, kob. 9.

**Przyczyna śmierci:** 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 17.

---

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**